

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO:

ESPAÇO DE ESTUDO DAS QUEIXAS SEXUAIS

CAREN JOB MÜLLER

São Leopoldo

2004

CAREN JOB MÜLLER

**COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO:
ESPAÇO DE ESTUDO DAS QUEIXAS SEXUAIS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS.

Orientadora: Prof. Dr. Anna Maria Hecker Luz
Co-Orientadora: Prof. Dr. Lísia Maria Fensterseifer

São Leopoldo

2004

M958c Müller, Caren Job
Coleta de exame citopatológico: espaço de estudo das queixas sexuais / por
Caren Job Müller. -- São Leopoldo, 2004.

122 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigo “Coleta de exame citopatológico: espaço de estudo das queixas
sexuais”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2004.

Orientação: Prof^a Dr^a Anna Maria Hecker Luz ; Co-orientação: Prof^a Dr^a
Lísia Maria Fensterseifer (Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Ciências da
Saúde)”.

1.Mulheres – Saúde e higiene. 2.Vida sexual feminina. 3.Relações sexuais –
Queixas. 4.Mulheres – Comportamento sexual. 5.Problemas – Sexualidade.
I.Luz, Anna Maria Hecker. II.Fensterseifer, Lísia Maria. III.Título.

CDU 613.99
613.88-055.2
618.17

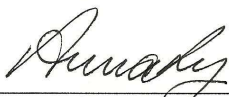
Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Área de Concentração: Saúde Coletiva

A dissertação intitulada: **“Coleta de exame citopatológico: espaço de estudos das queixas sexuais”**, elaborada por CAREN JOB MÜLLER, foi julgada adequada e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, para obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, com área de concentração em Saúde Coletiva.

São Leopoldo, 22 de dezembro de 2004.

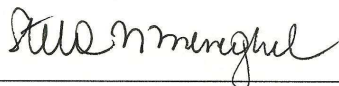
Membros da Banca Examinadora da Dissertação:



Profa. Dra. Anna Maria Hecker Luz – UNISINOS



Profa. Dra. Dora Lúcia Oliveira – UFRGS



Profa. Dra. Stela Meneghel – UNISINOS

Dedico esta pesquisa ao meu pai, Marco Muller, por todo o incentivo; à minha mãe, Heloísa Fonseca, pelo amor incondicional; à minha família, pela motivação, amor e apoio; ao meu marido, Diego da Costa Teixeira, por acreditar no meu trabalho e no meu esforço em busca de qualificação; e à minha filha, Isabelle Marie Muller Teixeira, por suportar a minha ausência e ser fonte de minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dr. Anna Maria Hecker Luz, pelo incentivo, estímulo, disponibilidade e amor dedicados ao meu trabalho e por me conduzir sempre ao conhecimento nesta longa trajetória.

Agradeço aos sujeitos desta pesquisa, pela confiança depositada neste trabalho e por serem fonte de minha inspiração.

Agradeço ao corpo docente do Mestrado em Saúde Coletiva, pelo aprendizado e conhecimento; e aos professores, Dr. Roque Junges, Ms. Petronila Libana Cechin, Dr. Jussara Gue Martini, Dr. Lísia Fensterseifer e Dr. Lucilda Selli, por acreditarem que o assunto de minha pesquisa é relevante para a saúde coletiva.

Agradeço à secretária do mestrado, Daniela Kolling, pela valiosa contribuição e disponibilidade.

Agradeço à equipe de saúde das unidades Ubam Scharlau e Posto Rio dos Sinos, por abrirem as portas e me auxiliarem na coleta de dados, em especial, à equipe do PSF do Rio dos Sinos, Dr. Gabriela, Dr. Mércia, Téc. Enf. Ieda, Téc. Enf. Ilene, Acd. Sabrina, e aos

agentes de saúde, Cris, Roberta, Schana, Irene e Carla, pelo incentivo, colaboração, por responderem pelo programa nas minhas ausências e pelo carinho e amizade com que me tratam.

Agradeço à coordenadora do Psf, Denise Ritter, e à sua secretária, Lucélia, por todo carinho e auxílio em todo os momentos.

Agradeço à Família Luz, em especial, ao Dr. Sérgio Hecker Luz, pela colaboração valiosa durante a execução deste trabalho.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde e aos secretários, Luís Antonio de Oliveira, Rosane Prato, Sérgio Mello, Leonardo Buffon, e à secretária adjunta, Rita de Cássia Nunes, por me acompanharem e me estimularem sempre neste trabalho.

Agradeço à Direção do Hospital Centenário, em especial, ao Dr. João Büller, à Diretora de Enfermagem, Enf. Simone Souza e Enf. Sarita Lovato, por colaborarem com a minha cedência para que eu pudesse realizar o curso de Mestrado.

Agradeço à minha amiga, Dr. Lisiane M. B. da Silva, por sempre acreditar que o sucesso estivesse próximo a mim.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| I PROJETO DE PESQUISA | 8 |
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA | 12 |
| 1.2 O TEMA SEXUALIDADE..... | 15 |
| 1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS | 18 |
| 1.4 JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 1.5 OBJETIVOS..... | 21 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA..... | 22 |
| 2.1 COMPORTAMENTO SEXUAL..... | 22 |
| 2.2 PROBLEMÁTICA SEXUAL..... | 23 |
| 2.3 TEORIA FEMINISTA E GÊNERO | 26 |
| 2.4 SEXUALIDADE NA PERSPECTIVA DE FOUCAULT..... | 28 |
| 3 MÉTODO | 33 |
| 3.1 ABORDAGEM..... | 33 |
| 3.2 TIPO DE PESQUISA | 34 |
| 3.3 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA..... | 34 |
| 3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES..... | 35 |
| 3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES..... | 36 |
| 4 ASPECTOS ÉTICOS | 38 |
| 5 CRONOGRAMA..... | 39 |
| 6 ORÇAMENTO | 40 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| APÊNDICES | 44 |
| | |
| II RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO | 48 |
| 7 DESVELANDO O SILÊNCIO SOBRE AS QUEIXAS SEXUAIS FEMININAS.... | 49 |
| 7.1 CENÁRIO DO ESTUDO | 50 |
| 7.2 CARACTERÍSTICAS DOS ATORES: SUJEITOS DO ESTUDO | 52 |
| 7.3 O MUNDO VELADO DAS QUEIXAS SEXUAIS FEMININAS..... | 55 |
| 7.3.1 Razões de falar sobre um tema não questionado | 56 |
| 7.4 O DESABAFO DAS MULHERES SOBRE AS QUEIXAS SEXUAIS..... | 60 |
| 7.4.1 Diminuição do desejo por relação sexual..... | 61 |
| 7.4.2 Dificuldade de prazer..... | 65 |

| | | |
|-------|---|----|
| 7.4.3 | Desconforto na relação | 67 |
| 7.5 | PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS RELAÇÕES SEXUAIS | 69 |
| 7.5.1 | Doenças crônicas | 69 |
| 7.5.2 | Traumas e bloqueios | 72 |
| 7.5.3 | Desgaste na relação conjugal..... | 75 |
| 7.5.4 | Hábitos de vida | 77 |
| 7.6 | TENTATIVAS DE ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA SEXUAL..... | 79 |
| 7.6.1 | Falar sobre o assunto | 79 |
| 7.6.2 | Tomar outras atitudes..... | 81 |
| 7.6.3 | Outros modos de enfrentamento..... | 82 |
| 8 | TODO FINAL É UM INÍCIO | 85 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 90 |

| | | |
|-----|---|-------------------------------|
| III | ARTIGO | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| | RESUMO..... | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| | ABSTRACT | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| | INTRODUÇÃO | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| 1 | O TEMA SEXUALIDADE | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA..... | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| 3 | MÉTODO | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| 4 | O MUNDO VELADO DAS QUEIXAS SEXUAIS FEMININASERRO! INDICADOR NÃO DEF | |
| 4.1 | RAZÕES DE FALAR SOBRE UM TEMA NÃO QUESTIONADOERRO! INDICADOR NÃO D | |
| 4.2 | O DESABAFO DAS MULHERES SOBRE AS QUEIXAS SEXUAISERRO! INDICADOR NÃO | |
| 4.3 | TENTATIVAS DE ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA SEXUALERRO! INDICADOR NÃO | |
| 5 | TODO FINAL É UM INÍCIO | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO:
ESPAÇO DE ESTUDO DAS QUEIXAS SEXUAIS

CAREN JOB MÜLLER

São Leopoldo

2003

CAREN JOB MÜLLER

**COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO:
ESPAÇO DE ESTUDO DAS QUEIXAS SEXUAIS**

Projeto de dissertação apresentado à Banca Examinadora de Qualificação do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS.

Orientadora: Prof. Dr. Anna Maria Hecker Luz
Co-Orientadora: Prof. Dr. Lísia Maria Fensterseifer

São Leopoldo

2003

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 | TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA | 12 |
| 1.2 | O TEMA SEXUALIDADE..... | 15 |
| 1.3 | DEFINIÇÃO DE TERMOS | 18 |
| 1.4 | JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 1.5 | OBJETIVOS..... | 21 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA..... | 22 |
| 2.1 | COMPORTAMENTO SEXUAL..... | 22 |
| 2.2 | PROBLEMÁTICA SEXUAL..... | 23 |
| 2.3 | TEORIA FEMINISTA E GÊNERO | 26 |
| 2.4 | SEXUALIDADE NA PERSPECTIVA DE FOUCAULT..... | 28 |
| 3 | MÉTODO | 33 |
| 3.1 | ABORDAGEM..... | 33 |
| 3.2 | TIPO DE PESQUISA | 34 |
| 3.3 | LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA..... | 34 |
| 3.4 | COLETA DE INFORMAÇÕES..... | 35 |
| 3.5 | ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES..... | 36 |
| 4 | ASPECTOS ÉTICOS | 38 |
| 5 | CRONOGRAMA..... | 39 |
| 6 | ORÇAMENTO | 40 |
| | REFERÊNCIAS | 41 |
| | APÊNDICES | 44 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA

Acredito que dar atenção à sexualidade, a partir do estudo de seus aspectos, pode modificar várias circunstâncias ligadas às atividades sexuais e melhorar a vida sexual e as das pessoas com as quais nos relacionamos quotidianamente.

A sexualidade é um dos aspectos de maior importância na vida das pessoas, pois possibilita o relacionamento entre as pessoas, a vivência de prazeres e a manutenção da espécie humana sobre a terra.

Por merecer atenção e pesquisa na reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde, por meio de estratégias setoriais, no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), busca, no Programa da Saúde da Mulher, a humanização e acolhimento no atendimento à mulher, desenvolvendo suas ações sobre os pilares da universalização, descentralização e integralidade da assistência.

Com a preocupação da compreensão do ser humano, muitas técnicas têm sido desenvolvidas para auxiliar e facilitar a vida das pessoas, as quais têm convivido de modo melhor com suas dificuldades e conflitos e, conseqüentemente, usufruindo o que a vida tem de melhor, com menos sofrimento em seus relacionamentos.

Ao me graduar na UNISINOS em Enfermagem e Licenciatura Plena em 1994, iniciei minha prática profissional em um hospital geral na Emergência, turno da noite. No início,

interessava-me em estudar novas tecnologias direcionadas para o pronto atendimento dos indivíduos.

Por trabalhar em uma unidade de emergência, tornou-se um hábito lidar com as angústias e ansiedades das pessoas à espera de informações de seus familiares; assumia, naturalmente, o papel de enfermeira assistencial incluindo, sempre, a assistência à família dos pacientes.

Entretanto, por ter tido pouco contato com a Saúde Pública no curso de graduação, naquele mesmo ano, ingressei no curso Habilitação em Saúde Pública da UFRGS e, no ano seguinte, concluí o curso de Pós-Graduação - Especialização em Saúde Pública na mesma universidade.

A partir daí, solidificou-se o meu interesse em ouvir as pessoas e reservar momentos do meu tempo de atendimento para auxiliá-las no que precisassem. Após a conclusão da Especialização em Saúde Pública, em 1995, descobri que queria ajudar as pessoas, ouvi-las, atenuar-lhes o sofrimento. A escuta e a presença solidária afluía no meu atendimento aos pacientes.

Com o convite para lecionar na disciplina de Saúde Pública em escola técnica de enfermagem, na docência, tive a oportunidade de preparar alunos para o atendimento na atenção primária à saúde. Percebi, então, que era a área de Saúde Coletiva a minha verdadeira área de interesse. Nesse sentido, participei da primeira equipe do Programa de Saúde da Família do município de São Leopoldo em 1999.

A escolha do tema deste estudo ocorreu em decorrência desta vivência, quando passei a realizar as coletas de exames citopatológicos das mulheres da comunidade inscritas no PSF. Meu interesse e inquietações a cada dia aumentavam, pois os problemas sexuais eram manifestados sem que eu perguntasse às mulheres e, assim, cada vez eu oferecia mais espaço e tempo para que elas pudessem se manifestar.

Minha experiência foi se aprimorando com o atendimento à saúde das mulheres ao mesmo tempo em que elas saíam aliviadas pela oportunidade de poderem relatar suas frustrações e angústias sexuais.

Foram quatro anos de trabalho ouvindo mulheres de diferentes idades, sempre com um novo desafio pela frente: de conhecer suas inquietações para aprender a lidar com elas. Acredito que o ser humano é surpreendente e que há necessidade do conhecimento e da compreensão das questões femininas para desenvolver uma assistência humanitária, atualmente, mitificada pela tecnologia.

Sensibilizada com a verbalização dos problemas das mulheres na coleta do preventivo do câncer de colo - cp, observei como profissional de saúde, ao longo dos anos, o pouco espaço oferecido à clientela feminina dos serviços públicos de saúde, reconhecimento à escuta, no meu dia a dia profissional, a necessidade da empatia como fator fundamental neste tipo de atendimento.

Em 2003, mais uma mulher vem enriquecer minha vida: nasceu minha filha Isabelle Marie e, com ela, a possibilidade de contribuir com uma investigação que ofereça dar voz às mulheres que utilizam a rede pública de saúde, em suas queixas sexuais.

1.2 O TEMA SEXUALIDADE

Este estudo está vinculado à linha de pesquisa “Avaliação das Políticas, Programas e Ações em Saúde” da UNISINOS. Vincula-se, mais especificamente, à proposta do Ministério da Saúde, da Política de Humanização da Assistência do Sistema Único de Saúde.

Esta política de assistência enfatiza a importância da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de promoção da saúde, em uma proposta de mudança no modelo atual de atenção por meio de uma nova relação entre usuários e profissionais que os atendem.

Neste sentido, na área da saúde da mulher, em decorrência ao maior acesso às informações e tecnologias disponíveis para a clientela, problemas anteriormente pouco valorizados pelos profissionais, exigem o repensar de valores e preconceitos individuais e culturais existentes para a humanização da assistência.

Temas tradicionalmente considerados tabus, passam a fazer parte do rol de problemas relatados pelas mulheres que freqüentam os serviços do Sistema Único de Saúde.

Pesanha (1981, p. IV) aponta as questões existenciais e a inutilidade de se tentar impor normas universais e modos de atuação do ser humano, sobretudo no que se refere à sexualidade, “... ninguém é o caso particular de uma lei geral, cada pessoa é um universo singularíssimo e irrepetível, toda experiência é uma criação individual que deve ser respeitada em sua peculiaridade e em sua liberdade de ser diferente”.

Em nível sexual, isso se torna mais verdadeiro: o perfil erótico de cada um conjuga elementos individuais de experiências vividas, imaginação, gosto, sensibilidade, disposição física, traços psicológicos e padrões estéticos.

Se os indivíduos de uma sociedade apta à democracia têm o direito de fazer prevalecer suas diferenças econômicas, sociais ou culturais, por que não às diferenças pessoais no tocante à sexualidade?

Este estudo é um exemplo de como as análises de relações de gênero enfrentam dificuldades peculiares aos estudos das queixas sexuais. A incorporação do conceito de gênero na área de estudos sobre a mulher foi um passo teórico importante para a aproximação com as ciências sociais (CARDOSO, 1993).

No entanto, poucos pesquisadores incorporaram a perspectiva relacional que impõe o enfoque de gênero. Fala-se de gênero, porém continua a discriminação como responsável pela criação de um mundo a parte para as mulheres. O conceito de gênero está aí para desvendar as relações entre o masculino e feminino, uma rede de poderes e contra-poderes (CARDOSO, 1993).

Qual é o direito do profissional de saúde de negar ou padronizar um atendimento, partindo de um ponto de vista que julga ser a melhor ou a única escolha saudável do cliente/paciente com queixas sexuais? (PLUGLIESE et al., 1990).

Por falta de informação, timidez ou conformismo, há ainda um número de mulheres infelizes em seus relacionamentos sexuais. A dificuldade sexual está presente na maioria das

queixas de mulheres que consultam os profissionais da área da saúde sobre as questões reprodutivas.

Os problemas de relacionamento não se resolvem postergando-os, ao contrário, ao se ignorar uma dificuldade, esta agrava-se. Na evitação da abordagem de um assunto importante, instalam-se a mágoa e a infelicidade. Assim, um momento que deveria ser de prazer transforma-se em algo frustrante (SECCO, 2002).

Um dos indicadores da qualidade de vida proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) é a sexualidade saudável, que inclui: prevenção de gravidez indesejada, de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; liberdade para falar sobre o assunto com o parceiro; masturbar-se quando houver o desejo, mas não houver um parceiro; capacidade de apresentar desejo, excitação, orgasmo e resolução; e controle pessoal sobre atividade sexual (não se tornar dependente do sexo). Com base nestes critérios, constata-se que há um grande número de mulheres que não usufruem integralmente sua sexualidade.

Outros indicadores de qualidade de vida considerados pela OMS referem-se à manutenção da vida profissional; a convivência familiar e o lazer. Portanto, ao tentar resolver os conflitos, as tensões e as angústias sexuais, melhor poderá ser a vida em âmbito geral.

Sexualidade saudável, para os terapeutas sexuais, é o relacionamento que se tem com a pessoa desejada, desde que não haja interferência nem limitação à liberdade sexual do parceiro (PARISSOTO, 2001).

A qualidade, quantidade e característica da atividade sexual devem ser consideradas saudáveis quando satisfaça quem dela participa, e ser objeto de atenção terapêutica quando

proporciona insatisfação, sofrimento ou frustração emitida através da queixa (BALLONE, 2001a). Nesse sentido, Abdo (2002) refere que: 35% das mulheres sentem desejo, têm capacidade de se excitar, mas não atingem o orgasmo; e 35% têm outros problemas sexuais (aversão sexual, dores na penetração, vaginismo, impulso sexual excessivo, homossexualidade não assumida).

A curiosidade sobre a sexualidade e os sentimentos que a desperta estão presentes ao longo da história da humanidade. Referências sobre o estudo do amor e do apetite sexual podem ser encontradas na Idade Antiga, em escritos de Platão. Ele identificava Eros como o deus do amor e dos apetites sexuais, do instinto básico à vida, responsável pela atração entre os corpos. A força vital que impulsiona a vida é referida a Eros como a libido, força vital de amor (PARISSOTO, 2001).

1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Com a finalidade de estabelecer o uso de determinadas expressões, adotei definições de alguns autores para utilizar a terminologia.

QUEIXA: a queixa é a narrativa em que a pessoa, que é objeto de algum infortúnio, constrói discursivamente, sua posição. A queixa é uma construção descritiva em que o narrador apresenta os fatos compondo os personagens: eu diferente e o outro culpado. A queixa é uma fala, pronunciada para produzir escuta, semelhante a uma confissão – um movimento de interiorização e expiação, em que o objeto narrado recai sobre o próprio narrador e exteriorização (GREGORI, 1993).

SAÚDE: em sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.30).

SEXUALIDADE: tudo o que diz respeito ao sexo, especialmente aos prazeres que nele são encontrados ou que nele são procurados. É menos um instinto do que uma função, menos uma função do que uma potência: potência de gozar e de fazer gozar (COMTE-SPONVILLE, 2003).

Assim, a finalidade da pesquisa é receber as mulheres e criar condições favoráveis para que se sintam à vontade para falar e pensar sobre suas queixas sexuais.

1.4 JUSTIFICATIVA

A emancipação feminina caracterizada pela entrada da mulher no mercado de trabalho, não assegurou o direito ao prazer. Pois, métodos contraceptivos, a possibilidade de escolha do parceiro, a independência financeira não são sinônimos de uma vida sexual satisfatória (TEIXEIRA, 2002). Mesmo assim, as mulheres estão cada vez mais exigentes e interessadas na qualidade de vida sexual, testando novos recursos terapêuticos, confortáveis e de baixo risco disponíveis no mercado.

Portanto, o aprimoramento do estudo da sexualidade humana é necessário em resposta à crescente demanda de mulheres que procuram os profissionais da área da saúde para a resolução de suas queixas. Além disso, pressuponho que:

- Há uma exigência feminina no interesse da qualidade de vida sexual (ABDO, 2002);
- A sexualidade é um componente das relações humanas (OMS,1996);
- Estudar a sexualidade é uma questão interdisciplinar;
- A sexualidade é indicador da qualidade de vida dos indivíduos (OMS,1996);
- Os profissionais da área da saúde coletiva nas diversas especialidades são os que se deparam com mulheres e suas queixas sexuais no contato direto assistencial.

Estes pressupostos possibilitam a reflexão dos profissionais para alternativas de solução das questões apresentadas pelas mulheres com queixa sexual.

Atualmente, muitos caminhos são trilhados pelos pesquisadores enfocando os aspectos da sexualidade humana. O desafio está, no reconhecimento de um saber primitivo, oculto dessa função vital: uma sabedoria da natureza que determina para onde e como nossa espécie vai prosseguir no futuro (PARISSOTO, 2001).

O processo de emancipação das mulheres só será efetivo se forem criadas condições para que elas descubram como viver a quebra do isolamento e a conscientização de que partilham um mesmo gênero de opressão.

Frente ao exposto, o presente estudo quer dar voz às mulheres para que elas mesmas, na dimensão pessoal, rompam com o silêncio e revelem suas sensações ocultas.

1.5 OBJETIVOS

- Saber as razões apresentadas pelas mulheres para falarem sobre um tema não perguntado;
- Conhecer as queixas sexuais femininas que emergem na consulta para coleta de exame citopatológico;
- Conhecer as tentativas de enfrentamento destas mulheres sobre os problemas sexuais vivenciados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Busca-se, neste capítulo, apresentar uma revisão sobre o tema sexualidade abordando aspectos do comportamento e problemática sexual, conceitualização e teorias referentes ao tema – Teoria feminista, de gênero, sexualidade na perspectiva de Foucault.

2.1 COMPORTAMENTO SEXUAL

Segundo Burroughs (1995), a sexualidade tem a idade do próprio homem, pois, desde os primórdios da civilização, tanto a sexualidade quanto a função erótica e suas disfunções foram exploradas. Cita que, a partir do séc. XIX, a sexualidade é estudada cientificamente por sexologistas, tais como Ellis (1859-1939) e Kinsey (1894-1956) e dos fisiologistas Masters (1916) e Johnson (1924).

O comportamento sexual pode ser reflexo de aspectos hereditários, culturais, circunstanciais, pessoais ou médicos. A questão sexual é complexa, pois a sexualidade é um importante determinante do comportamento humano.

Freud, em suas contribuições ao estudo da sexualidade humana, descreve seu desenvolvimento desde a infância. O estudo da sexualidade, de seus diferentes aspectos desenvolvimentais e clínicos passa a ter relevância a partir de seu trabalho intitulado "Três Ensaio sobre a Teoria da sexualidade". Desde então, estudiosos, pensadores e cientistas

buscam o conhecimento a respeito desse fenômeno, tanto com referenciais psicanalíticos quanto comportamentais e biológicos (PARISSOTO, 2001).

Nos anos cinquenta (1950), Kinsey et al. descreveram as práticas sexuais e, em 1954, Masters e Johnson esclareceram diversos aspectos da fisiologia da resposta sexual humana, sendo esse o marco para a compreensão da função sexual. Através de um grande laboratório humano, descreveram o ciclo da resposta sexual humana e propuseram a abordagem terapêutica cognitivo-comportamental para os transtornos sexuais, detalhando as necessidades sexuais dos indivíduos (KINSEY et al., 1948). Na década de sessenta (1960), as mulheres passaram a lutar por liberdade sexual, pelo direito ao prazer e por emancipação da repressão da família e da sociedade.

2.2 PROBLEMÁTICA SEXUAL

Na década de oitenta (1980), Kaplan acrescentou à fase do desejo sexual uma abordagem terapêutica nova e mais aprofundada para as disfunções sexuais: tratamento psicodinâmico focal e cognitivo-comportamental combinados (PARISSOTO, 2001). Entretanto, o maior desafio está na precisão em: saber se as queixas apresentadas são problemas sexuais propriamente ditos ou de insatisfação com a atividade sexual.

Frank, Anderson e Rubstein, em 1978, concluíram que 50% dos homens e 77% das mulheres possuem dificuldades sexuais disfuncionais e o maior número dessas relaciona-se à falta de satisfação sexual do que com alguma disfunção (BURROUGHS, 1995).

Para o estágio atual do conhecimento no campo da sexualidade humana, contribuíram as pesquisas realizadas por historiadores e antropólogos, revelando as facetas do comportamento e instituições relacionadas ao sexo em diferentes épocas e locais (ELLIS, 1936; GREGERSEN, 1983).

Diversos eventos na atualidade, na vida de uma mulher, fazem com que ela seja exposta a modificações que ocasionam preocupação ou afetam sua auto-imagem e saúde sexual. As últimas três décadas proporcionaram uma abertura sobre sexualidade e as pessoas apresentam mais interesse em falar sobre seus problemas sexuais com a equipe de saúde, mas a maioria destas pessoas tem preocupações sobre sua sexualidade sem apresentar uma verdadeira disfunção sexual (BRICARELLO et al.,2000).

O DSM-IV, classificação norte americana de doenças mentais, refere os distúrbios sexuais femininos, como desequilíbrios de desejo, excitação e orgasmo e, em separado, a classificação de transtorno: aversão sexual, dispareunia e vaginismo. É pouco provável que o transtorno (desejo) sexual hipoativo e o transtorno orgástico feminino não estejam relacionados à excitação, sabendo-se que orgasmo sem excitação é impossível (GABBARD, 1998).

A sexualidade, como apresentado por Teixeira (2002), refere-se à possibilidade de viver o encontro, a fusão de duas pessoas na dança da vida, de experimentar a pulsação quente do existir. Assim, o ato sexual passa ser um ato sagrado, um ato de amor e o amor que une e nos dá a chance de sobreviver. Portanto, a saúde sexual está na possibilidade de viver plenamente as sensações eróticas que emergem do contato físico e emocional entre duas pessoas.

A dimensão mais expressiva do desejo sexual nos humanos está na aspiração ou motivação sexual. Historiadores, sociólogos, teólogos e antropólogos salientam que a vida sexual é influenciada por forças culturais que, muitas vezes, são mais importantes do que os aspectos biológicos ou psicológicos (BALLONE, 2001b).

As aspirações sexuais brotam da conjunção entre razões psicológicas e circunstâncias culturais. Elas compõem-se do dinamismo psíquico colocado à mercê dos valores culturais solidamente impressos na personalidade. Essas motivações variam entre as pessoas desde auto-enganos impostos sobre nossas vidas sexuais, perdendo-se a noção do culturalmente recomendado e o pessoalmente possível, até as questões ditas de consciência que reprimem sentimentos e comportamentos por toda a vida. Idéias culturais essas que fazem parte do universo psíquico da pessoa desde tenra idade.

Em última análise, para a compreensão da problemática sexual é preciso que a sexualidade humana seja abordada como construção social e cultural organizada dentro do contexto de ordens sociais específicas (PARKER, 2001).

Nesse sentido, Corrêa e Portella (1994) referem-se à sexualidade como:

Uma construção social que se articula em muitos pontos com as estruturas econômicas, sociais e políticas do mundo material. A sua construção social inclui ainda a forma de conceituar, definir, nomear e descrever o sexo em diferentes tempos e culturas. As informações e descrições das experiências individuais estão mediatizadas por formas, convenções e códigos de significação culturais, dos quais nem mesmo o discurso feminista está isento. O corpo e seus atos são sempre compreendidos segundo os códigos de significação dominantes (CORREA e PORTELLA, 1994, p.16).

2.3 TEORIA FEMINISTA E GÊNERO

Até o séc. XVII perduram os estereótipos antifeministas, o que torna difícil a vida das mulheres. A mulher suscitava medo e sua fisiologia era pouco conhecida pelos médicos, ao mesmo tempo em que teólogos a viam como um ser inconstante que era preciso controlar.

As teóricas feministas criaram a noção de gênero como categoria analítica da divisão sexuada do mundo, trazendo à luz a construção dos papéis sociais em oposição ao naturalizado em torno da matriz genital/biológica (SWAIN, 2000).

A categoria – gênero – aponta para a noção de que, ao longo da vida, por meio das mais diversas instituições e práticas sociais, os indivíduos constituem-se como homens e mulheres num processo que nunca está finalizado ou completo.

Essa noção aponta para a centralidade que os processos educativos formais e informais assumem no âmbito dos estudos de gênero, difundida no mundo anglo-saxão e introduzida nos meios acadêmicos.

Gênero é uma noção que postula que o sexo social é o produto de uma construção social permanente que dá forma, no interior de todas as sociedades humanas, à organização das relações entre homens e mulheres. Esta noção surgiu da necessidade de insistir no caráter fundamentalmente social das diferenças fundadas no sexo. O gênero é o elemento constitutivo dessas relações sociais fundadas nas diferenças perceptíveis entre os sexos, e é um primeiro modo para dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995, p.86).

Há muitos modos de definir e viver a feminilidade e a masculinidade. Noções essencialistas universais e trans-históricas de homem e mulher passam a serem contestadas.

Torna-se necessário admitir que essa pluralidade se expressa através da articulação de gênero com as dimensões sociais: classe, raça, etnia, sexualidade, geração, religião e nacionalidade.

Gênero articula-se com a sexualidade, pois sinaliza não apenas para as mulheres e nem mesmo, torna exclusiva suas condições de vida como objeto de análise. Em vez disso, traz implícita a idéia de que as análises e as intervenções empreendidas devem considerar as relações entre mulheres e homens e as muitas formas sociais e culturais que os constitui como sujeitos de gênero.

O conceito de gênero propõe um afastamento de análises que repousam sobre uma idéia reduzida de papéis, funções de mulher e de homem para se aproximar a uma abordagem mais ampla que admite que as próprias instituições, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis e políticas de uma sociedade são constituídas pelas representações de feminino e masculino, que expressam e reproduzem essas representações: estrutura o próprio social em que o indivíduo está inserido.

Portanto, gênero constitui um ângulo que tenta explicar as continuidades e descontinuidades, que fornece respostas às desigualdades persistentes entre os homens e as mulheres, explicações sobre as diferenças sociais impostas ao corpo sexuado.

É nesse sentido que Beauvoir (1949) refere:

A mulher é escrava de sua própria situação: ela não tem passado, não tem religião própria, ou seja, a mulher não produziu, pelo menos como protagonista, nenhuma civilização... sua linguagem só é aceita enquanto subordinada aos códigos de vida e comunicação estabelecidos pelo homem; o mito do eterno feminino, nada mais é do que as algemas em que a mulher é mantida em sua alienação (BEAUVOIR, 1949, p.91).

A mesma autora, em sua obra “O segundo sexo”, examina a condição feminina em todas as suas dimensões e propõe caminhos que possam levar à libertação não só das mulheres, mas, sobretudo dos homens! Isto tudo na década de cinquenta (1950), o que causou um grande impacto, revolucionando a condição feminina, abrindo um leque de indagações sem respostas; e é neste sentido, que a sexualidade feminina torna-se importante como elemento da condição humana.

Assim, o feminismo, enquanto movimento político transformador, insere-se em um campo de poder/saber na medida em que interroga e desconstrói a naturalização dos corpos em papéis e práticas sociais, e ao mesmo tempo produz e critica seus próprios discursos e desdobramentos que contemplam as variáveis na constituição do sujeito “mulher” (SWAIN, 2000).

2.4 SEXUALIDADE NA PERSPECTIVA DE FOUCAULT

Para que se possa refletir acerca da história da sexualidade é necessário estabelecer uma análise histórica da questão do poder como instrumento de explicação para a produção dos saberes.

Poucos autores do cenário contemporâneo trilharam tantas áreas do saber como Foucault, provocando a maior repercussão no cenário pós-moderno no estudo do poder.

Foucault não pretende fundar uma teoria geral e globalizante, mas trabalhar uma analítica de poder capaz de dar conta do seu funcionamento local em campos e discursos

específicos e em épocas determinadas (MAIA, 1995). O que está em foco nas suas investigações é dirigir “menos para uma teoria do que para uma analítica do poder: para uma definição de domínio específico formado pelas relações de poder e a determinação dos instrumentos que permitem analisá-lo” (FOUCAULT, 1988, p. 80).

A análise de Foucault sobre a questão do poder é o resultado de investigações delimitadas, circunscritas, com objetos bem demarcados. Por isso, embora às vezes suas afirmações tenham uma ambição englobante, inclusive pelo tom provocativo e polêmico que as caracteriza, é importante, não perder de vista que se trata de análises particularizadas que não podem e não devem ser aplicadas indistintivamente sobre novos objetos, fazendo-lhes assim assumir uma postura metodológica que lhes daria universalidade (MACHADO, 1979, p. XVI).

O importante a destacar é que houve o abandono da visão tradicional do poder baseado nos aspectos negativos de proibição, censura, repressão, coerção e interdição: “Já repeti cem vezes que a história dos últimos séculos da sociedade ocidental não mostrava a atuação de um poder essencialmente repressivo” (FOUCAULT, 1988 p. 15).

Ao se modificar a percepção do fenômeno do poder, talvez, se possa entender esta dinâmica e manter a posição: “...o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como a força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 1979, p.8).

Este deslocamento da análise tradicional está em um dos princípios da analítica do poder em que Foucault (1979, p.248) considera “um feixe de relações mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado”. Apesar de não estarem localizados em nenhum ponto específico da estrutura social, os poderes “funcionam como uma rede de dispositivos e

mecanismos a que nada ou ninguém escapa, e que não existe exterior possível, limites ou fronteiras” (MACHADO, 1979, p.XIV).

A idéia básica de Foucault é mostrar que as relações de poder não estão apenas em nível do direito e da violência, e fontes unicamente repressoras, sendo falso definir poder como algo punitivo, que castiga, que diz não.

Temos que deixar de descrever sempre os efeitos do poder em termos negativos: ele exclui, reprime, recalca, censura, abstrai, mascara, esconde. Na verdade, o poder produz realidade, produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (FOUCAULT, 1987, p.169).

Em suma, entende-se que o fundamento da análise de Foucault é de que:

Saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber (MACHADO, 1979, p. XXI).

Na introdução à “História da Sexualidade”, Foucault sustenta que, em suas manifestações, conhecidas desde tempos imemoriais, “o sexo serviu à articulação dos novos e modernos mecanismos do poder e do controle social” (BAUMAN, 1997, p.180).

Para explicar o objeto histórico que chama “sexualidade” Foucault (1979) usa o termo dispositivo que envolve três momentos: a) um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas e morais, filantrópicas; b)

demarca a natureza da reação que pode existir entre estes elementos heterogêneos e, por último, o dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve a função principal de responder a uma urgência e o discurso contemporâneo sobre a sexualidade, que de uma maneira ou de outra, vem seguindo a psicanálise. Ele não se aplicou inicialmente ao sexo, mas ao corpo, aos órgãos sexuais, aos prazeres, às relações de aliança; produzindo a idéia de sexo, que, para Foucault: “uma sexualidade depois do séc. XIII, um sexo depois do séc. XIX e “antes, sem dúvida, existia a carne” (FOUCAULT, 1979, p.259).

A sociedade vive, desde o séc. XVIII, uma fase de repressão sexual, em que o sexo se reduz a uma função reprodutora e o casal procriador é o modelo; o comportamento fora desse padrão é considerado anormal; logo, rechaçado e expulso. Foucault (1979) descreve que as instituições modernas são de repressão crescente, de barganha de benefícios. A civilização significa disciplina, isto é, o controle dos impulsos interiores a partir de um controle interno que garante sua eficácia. O poder disciplinar supostamente produziria “corpos dóceis” controlados e regulados em suas atividades, em vez de atuar espontaneamente sobre os impulsos do desejo. Desta forma, o poder aparece, sobretudo, como força de repressão.

A ligação entre poder e sexualidade é uma questão relacionada à economia política:

Através da economia política da população, forma-se toda uma teia de observações sobre o sexo. Surge a análise das condutas sexuais, de suas determinações e efeitos, nos limites entre o biológico e o econômico (FOUCAULT, 1988, p.26).

Uma longa discussão atravessou os séculos e, nesta, “a repressão da sexualidade se efetua pelo controle minucioso do ato sexual e, particularmente do corpo feminino” (CHAUÍ, 1984, p.99); “(...) o sexo era como que feito sob medida para o poder total, que em tudo

penetrasse, concentrado na administração do corpo e do espírito humano – um espírito são num corpo são(...)” (BAUMAN, 1997, p.182).

Foucault enfatiza que os movimentos de liberação da mulher enfrentam um dispositivo de sujeição milenar e sua importância: “(...) não é a reivindicação da especificidade da sexualidade e dos direitos referentes a esta sexualidade especial, mas o fato de terem partido do próprio discurso que era formulado no interior dos dispositivos da sexualidade” (FOUCAULT, 1979, p.268).

Em suma, a sexualidade não é simplesmente um conjunto de estímulos biológicos que encontram ou não uma liberação direta, mas uma elaboração social que opera dentro dos campos de poder, sua normatização sofre a influência do contexto sociopolítico em que está inserido (TOMITA, 1998).

3 MÉTODO

3.1 ABORDAGEM

A metodologia utilizada neste estudo será da abordagem qualitativa, que estuda uma realidade que não pode ser quantificada e que, nesta investigação, busca desvelar as queixas sexuais femininas que emergem da consulta para coleta de exame citopatológico em uma unidade básica de saúde.

Esta abordagem qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis e, aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas” (MINAYO et al. 1994, p.21-22). Portanto, enquadra-se nesta proposta de estudo realizado a partir da experiência humana tal qual é vivida e definida pelos sujeitos.

Assim, para conhecer as queixas sexuais das mulheres usuárias do serviço público de saúde, o estudo qualitativo adapta-se ao objetivo proposto na medida em que busca aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de contingentes delimitados em tamanho, possibilitando uma grande abrangência (MINAYO e Sanches, 1993).

3.2 TIPO DE PESQUISA

O estudo será do tipo descritivo exploratório que, de acordo com Parse et al. (1985), é recomendado para conhecer em profundidade uma realidade, no caso, a vivenciada pelas mulheres com queixas sexuais em suas relações conjugais.

O método descritivo refere-se à maneira intensiva de investigar as experiências ambientais de uma determinada unidade social: uma pessoa, uma família ou um determinado grupo de pessoas, podendo abranger um momento macroscópico ou microscópico no tempo, dependendo do fenômeno estudado e das questões postuladas (PARSE et al., 1985). Trata-se de uma pesquisa que busca o entendimento de uma experiência vivida.

O estudo exploratório permite ao investigador “aumentar sua experiência em torno de determinado problema, partindo de um foco e aprofundando-o nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes e ampliação de conhecimentos” (TRIVIÑOS, 1987, p.109).

3.3 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

O campo para a realização deste estudo será o município de São Leopoldo - RS e o cenário que envolve os atores sociais e o pesquisador será a unidade de saúde Ubam Scharlau e Posto Rio dos Sinos.

A escolha dos sujeitos da pesquisa, será de modo intencional obedecendo aos seguintes critérios:

- Idade entre 20 a 49 anos, consideradas etapa reprodutiva (OMS, 1996);
- Realizar coleta de exame citopatológico nas unidades básicas de saúde propostas;
- Relatar alguma queixa sexual no momento da realização do exame;
- Concordar em participar do estudo.

Por se tratar de pesquisa qualitativa, o número de sujeitos da pesquisa depende do aprofundamento da análise dos dados pretendidos e que resulte em uma compreensão da experiência em estudo (SANDELOWSKI, 1995).

Inicialmente, o número de mulheres será limitado a 10 ou pela saturação e repetição das informações, isto é, quando as mesmas se tornarem repetitivas, não acrescentando novos significados (SANDELOWKI, 1995), a coleta será encerrada.

3.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta de informações será realizada após a coleta do exame citopatológico nas mulheres, com todos os critérios de inclusão para o estudo. O método de coleta empregado será de entrevista semi-estruturadas, baseada em guia/roteiro (Apêndice A), gravadas em fita K7 e, posteriormente, transcritas na íntegra. Caso a informante não concorde que a entrevista seja gravada, esta será registrada por anotações manuais.

A entrevista semi-estruturada é aquela que estabelece um conjunto de questões básicas, aplicadas a cada um dos participantes do estudo, a fim de obter-se as informações

necessárias do que está sendo estudado, oferecendo um campo amplo de interrogações (TRIVIÑOS, 2001).

Para Minayo (1994), esta técnica privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual, trazendo um nível profundo da realidade – o subjetivo. Este aprofundamento torna-se possível com a contribuição do indivíduo entrevistado, que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos que transmitem as representações de determinados grupos. A entrevista semi-estruturada possibilita que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1994).

Além dos registros da entrevista, serão anotadas também as impressões da pesquisadora sobre atitudes e comportamentos das entrevistadas durante a entrevista para auxílio na análise das mesmas.

As fitas serão desgravadas após cinco anos da realização do estudo, conforme recomendação da Lei do Direito Autoral nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998 (SILVEIRA, 1998).

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os relatos obtidos nas entrevistas, após transcrição das fitas, serão analisados pelo método de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é o conjunto de técnicas da análise das comunicações para obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das

mensagens, indicadores que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Para análise das informações, será utilizado o método de análise de conteúdo proposto por Gomes (1994), que consiste em três etapas:

- Pré-análise: organização do material a ser analisado. De acordo com os objetivos, definir as unidades de registro. Leitura do material.
- Exploração do material: várias leituras do material. Aplicar o definido na fase anterior. Separar as unidades de significado, classificar as categorias.
- Tratamento e interpretação dos resultados: desvendar o conteúdo subjacente que está sendo manifesto. Estabelecer articulação entre os dados e os referenciais teóricos, respondendo as questões de pesquisa.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, são necessários alguns procedimentos para assegurar que os princípios éticos sejam preservados. Avaliar os aspectos éticos da pesquisa é mais do que a simples adequação à legislação e diretrizes existentes, apresentar argumentos que justifiquem a sua realização (GOLDIM, 2000).

O projeto de pesquisa será encaminhado à Comissão de Ética e Pesquisa da UNISINOS para apreciação da proposta de estudo, com vistas à sua aprovação conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

Será utilizado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE* (Apêndice B), aplicado após o término da consulta para coleta de exame citopatológico, evitando, assim, o constrangimento da possibilidade da paciente à negação em participar do estudo.

O TCLE contém informações de identificação da pesquisa, o objetivo, a garantia do anonimato e confidencialidade das informações, a autorização para publicação pela pesquisadora. Este termo será assinado em duas vias pelo sujeito que aceitar participar da pesquisa e a utilização das informações para fins de pesquisa.

Além disso, será garantida aos sujeitos do estudo a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos à sua assistência de saúde.

5 CRONOGRAMA

| Atividades | Período |
|-------------------------|---------------------------|
| Revisão Da Literatura | Outubro 2002 – Abril 2004 |
| Elaboração Do Projeto | Março – Julho 2003 |
| Qualificação Do Projeto | Agosto 2003 |
| Comissão De Ética | Agosto 2003 |
| Estudo Piloto | Mai 2004 |
| Coleta De Dados | Junho – Julho 2004 |
| Análise Dos Dados | Julho – Novembro 2004 |
| Redação Do Artigo | Novembro 2004 |
| Defesa Pública | Dezembro 2004 |
| Publicação Do Artigo | Ano de 2005 |

6 ORÇAMENTO

| 1) DESPESAS DE CUSTEIO | | R\$ |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|
| MATERIAL DE ESCRITÓRIO | | R\$200,00 |
| FITAS CASSETE | | R\$50,00 |
| TRANSCRIÇÃO DE FITAS | | R\$600,00 |
| ENCADERNAÇÕES/XEROX/LÂMINAS | | R\$200,00 |
| FOLHAS A4/ENVELOPES | | R\$100,00 |
| SERVIÇOS DE TERCEIROS | REVISÃO PORTUGUÊS | R\$300,00 |
| | DIGITAÇÃO | R\$400,00 |
| | TRADUÇÃO | R\$400,00 |
| MATERIAL DE INFORMÁTICA | DISQUETES | R\$30,00 |
| | TINTA IMPRESSORA | R\$300,00 |
| TRANSPORTE/GASOLINA | | R\$500,00 |
| 2) DESPESAS DE CAPITAL | | R\$ |
| MICROCOMPUTADOR/IMPRESSORA | | R\$2.500,00 |
| GRAVADOR PORTÁTIL | | R\$150,00 |
| LIVROS | | R\$500,00 |
| REVISÃO LITERATURA/INTERNET | | R\$500,00 |
| TOTAL GERAL | | R\$6.730,00 |

As despesas orçadas do referido projeto serão de inteira responsabilidade da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita H. N; OLIVEIRA JÚNIOR, W. M. de. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n.3, 179-186, mar. 2002.

BALLONE G. J. A Vida sexual (do brasileiro). In: **PSIQWEB Psiquiatria Geral, Internet, 2001**. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoe/biblioteca/saudemulher/sexo.htm>>. Acesso em 04 nov. 2002b.

BALLONE G. J. Frigidez Sexual. In: **PSIQWEB Psiquiatria Geral, Internet, 2001**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/sexo/frigidez.html>>. Acesso em 04 out. 2002a.

BAUMAN, Zygmunt. Sobre a Redistribuição pós-moderna do sexo: a História da Sexualidade de Foucault, revisitada. In: _____. **O Mal-estar da Pós-modernidade**. Traduzido por Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: J. Zaher, 1997.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo Sexo: Fatos e mitos**. Traduzido por Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949. v. 1.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. Resolução 196/96 – Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. In: **DIÁRIO Oficial da União**, Brasília, 16 out. 1996.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde) 1986. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília.

BRICARELLO, S. G. A., et alii. Disfunção sexual feminina. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57, no. 5, maio 2000.

BURROUGHS, A. Sexualidade Humana. In: _____. **Enfermagem Materna**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARDOSO, R. C. L. Apresentação. In: GREGORI, M. F. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

CHAUÍ, Marilena. **Repressão Sexual:** essa nossa desconhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.

COMTE-SPONVILLE, A. **Dicionário Filosófico.** Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CORRÊA, S.; PORTELLA, A. P. **Percursos da sexualidade (feminina).** SOS Corpo. Recife, 1994.

ELLIS, A. **The Encyclopedia of Sexual Behavior.** London: W. Heinemann, 1936.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I - A vontade se saber.** Traduzido por Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhan Albuquerque. 14.ed. Rio de Janeiro. Graal. 1988.

_____. **Microfísica do Poder.** Traduzido por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Vigiar e Punir:** Nascimento da Prisão. Traduzido por Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

GABBARD, Elen O. **Psiquiatria Psicodinâmica:** Baseado no DSM – IV. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GOLDIN, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOMES, R. A análise dos dados de uma pesquisa qualitativa. In: MINAYO et al. **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

GREGERSEN, E. **Sexual Practices:** The Story of Human Sexuality. New York: Franklin Watts, 1983.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas:** um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

KINSEY, A. C. et al. **Sexual Behavior in the Human Male.** Philadelphia: Saunders, 1948.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAIA, Antônio C. Foucault um Pensamento Desconcertante – Sobre a analítica do Poder de Foucault. Tempo Social; **Revista Social USP,** São Paulo, (71-2): p. 83-103, out.1995.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul./set. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Renovação da Estratégia de Saúde para Todos**. Genebra, 1996. Disponível em:
<<http://sites.vol.com.br/gballone/sexo/revolusexo.html>> Acesso em 26 nov. 2002.

PARISSOTO, Luciane. **Sobre o Estudo da Sexualidade Humana**. São Paulo: ABC do Corpo Salutar, 2001.

PARKER, R. M. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 18-26, jan./mar. 2001.

PARSE, Rosemarie R.; COYNE, A.B.; SMITH, Mary J. **Nursing research - qualitative methods**. Baltimore: Brady Communications, 1985.

PESANHA, Delma Neves. **Lavradores pequenos produtores**: estudo das formas de subordinação dos pequenos produtores agrícolas ao capital. Rio de Janeiro: Zohar, 1981.

SANDELOWSKI, Margarete, Sample size in qualitative research. **Research in Nursing e Health**. v. 18, p.179-183, 1995.

SCOTT, Joan. Gênero: uma Categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 15, n. 2, jul./dez. 1995.

SECCO, Luciane. **Para que/por que terapia sexual?** Disponível em:
<<http://www.cepcos.com.br/sexualidade>> Acesso em: 24 nov. 2002.

SILVEIRA, N. **A Propriedade intelectual e as Novas Leis Autorais**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

SWAIN, T. Quem tem medo de Foucault? Feminismo, Corpo e Sexualidade. In: CARRERO, V. P. (org.); BRANCO, G. C. (org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

TEIXEIRA, Iracema. **Saúde na Internet**. Disponível em
<http://www.saudenainternet.com.br/sexualidade_14.shtml> Acesso em 30 nov. 2002.

TOMITA, Luiza E. **Debate Teológico sobre a Homossexualidade** – Alguns pontos para reflexão. São Paulo: Musa, 1988.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Bases Teórico-Methodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais: idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa**. 2.ed. Porto Alegre: Ritter do Reis, 2001.

Apêndices

Apêndice A

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PROJETO: COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO: espaço de estudo das queixas sexuais

Data da coleta:

Horário do início:

Horário de término:

ROTEIRO DA ENTREVISTA

PARTE I - CARACTERÍSTICAS IDENTIFICATÓRIAS

IDADE:

ESCOLARIDADE:

OCUPAÇÃO:

COR DA PELE:

SITUAÇÃO CIVIL:

GESTAÇÕES:

PARIDADE:

COMPANHEIRO: IDADE:

OCUPAÇÃO:

TEMPO DE RELACIONAMENTO:

PARTE II - RELACIONADA AO FENÔMENO EM ESTUDO

1. COMO É A TUA VIDA SEXUAL ATUAL?
2. QUAL É A TUA QUEIXA?
3. HÁ QUANTO TEMPO APRESENTAS ESTA SITUAÇÃO?
4. JÁ TENTASTE MODIFICAR ESTE PROBLEMA? COMO?
5. POR QUE FALASTES SOBRE ESSE PROBLEMA COMIGO?
6. COMO TE SENTISTE FALANDO SOBRE ISSO?
7. IMPRESSÕES DA PESQUISADORA:

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO: espaço de estudo das queixas sexuais.

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as queixas sexuais femininas relatadas na consulta para coleta de exame citopatológico (cp, exame preventivo do câncer ginecológico).

JUSTIFICATIVA - A razão deste estudo, é ouvir as mulheres que passam por esta situação, analisando o que envolve estas queixas; contribuindo assim para a melhoria desta situação e auxiliando outros profissionais que atendem estas mulheres.

PARTICIPAÇÃO E DIREITOS DA RESPONDENTE - Tua participação nesta pesquisa, é voluntária e consiste em uma entrevista, com duração aproximada de 30 minutos, gravada ou anotada, sobre esta vivência de queixa sexual. Podes desistir de fazer parte do estudo a qualquer momento, sem prejuízos no teu atendimento de saúde nesta unidade. Este procedimento não te expõe a qualquer tipo de risco e puedes solicitar esclarecimentos de dúvidas a qualquer momento que desejares. Após a transcrição da entrevista, a fita será guardada por 5 anos e depois destruída.

USO DAS INFORMAÇÕES - As informações serão utilizadas pela pesquisadora Caren Job Muller para fins de pesquisa, de maneira confidencial (teu nome não será revelado) na comunidade ou com pessoas de tuas relações. Tua identidade será preservada com a troca de nome. Após a análise das informações dadas por todas as participantes do estudo, serás convidada a ouvir os resultados obtidos e fazer comentários sobre os mesmos.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa, após ter sido esclarecida de modo claro e detalhado sobre: os objetivos e finalidades do estudo; da entrevista que serei submetida; dos meus direitos como participante e do uso das informações.

Assinatura do entrevistado Caren Job Muller
COREN - RS 66035

Telefone de contato: 91027482

São Leopoldo, _____ de _____ de 200__ .

P.S. Este termo será assinado em duas vias: uma permanece com a pesquisadora e a outra com a entrevistada.

II Relatório de Trabalho de Campo

7 DESVELANDO O SILÊNCIO SOBRE AS QUEIXAS SEXUAIS FEMININAS

A democratização da vida pessoal está condicionada à elaboração e ao exercício de práticas referidas ao relacionamento interpessoal. Nesse sentido, as mudanças nas concepções e práticas sexuais afetaram a vida íntima das pessoas e os procedimentos para se alcançar a intimidade encontram-se no cerne da vida pessoal (GIDDENS, 1993).

O pano de fundo dessa transformação é a emergência da modernidade e com ela o modo de ser desvinculado dos padrões, convenções e hábitos preexistentes, parâmetros até então norteadores das ações.

A intimidade proposta trata-se da comunicação emocional entre os envolvidos numa situação de igualdade interpessoal (GIDDENS, 1993). Nesse contexto, tem que haver a revelação de emoções e ações não confessadas publicamente, de modo que as pessoas envolvidas passem a se conhecer. Trata-se de intimidade compartilhada com o outro, por se constituir na abertura e no desvelamento das características dos envolvidos na situação.

Surge a sexualidade plástica, a sexualidade que se desvincula da reprodução e o elo natural dessas duas dimensões é abolido (GIDDENS, 1993). A sexualidade passa a ter uma existência autônoma, tornando-se qualidade do indivíduo e um meio de ligação com o outro. Torna-se uma opção, um estilo de vida, não mais um estado de coisas ditadas pela natureza, podendo manifestar-se de muitas maneiras.

A transformação da intimidade diz respeito também à relação de gênero. Mudança observada nesta área graças à luta da mulher na busca pela igualdade e para assegurar a democratização da vida pessoal.

Apesar de a mulher ter conquistado a sexualidade e o prazer, ao passo que o homem ainda está preso à concepção de dominância masculina, este prazer ainda é negado ou desconhecido por grande parte das mulheres.

No estudo de campo da pesquisa apresentada, a seguir, tenta-se trazer um pouco desta realidade vivida pelas mulheres ao desvelarem aspectos de sua intimidade sexual como tentativa de conquista não só dos prazeres sexuais, mas, em especial, a possibilidade de conquista da igualdade conjugal.

7.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Pesquisa realizada como atividade acadêmica do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS, com a finalidade de oferecer condições favoráveis às mulheres para que se sintam à vontade para refletirem e falarem sobre suas queixas sexuais, dando voz para que rompam com o silêncio e revelem as sensações ocultas peculiares do seu cotidiano.

Teve por cenário duas Unidades de Saúde – Uban Scharlau e Posto Rio dos Sinos, localizadas respectivamente, no bairro Scharlau e Rio dos Sinos, no município de São Leopoldo-RS. Nestes postos, são realizadas coletas de exames citopatológicos (CP) pelo

Sistema Único de Saúde. As regiões em que se localizam estes dois postos caracterizam-se por comunidades de classe média baixa e baixa, com condições de habitação precárias.

A unidade Ubam Scharlau caracteriza-se pelo pronto-atendimento, funcionando das 7:00h às 24:00h, realizado por profissionais de especialidades médicas: pediatria, ginecologia, cirurgia e plantão clínico. Além disso, conta com outros profissionais da área da saúde: nutrição, odontologia e enfermagem. Dentre os diversos atendimentos prestados, os exames citopatológicos são realizados por médicos ginecologistas e enfermeiros nos turnos da manhã e tarde.

O Posto Rio dos Sinos, com o Programa de Saúde da Família (PSF), conta para a assistência aos usuários com profissionais por especialidades médicas em: pediatria, clínica e ginecologia, além de outros profissionais da saúde para o atendimento odontológico e enfermagem.

Na pesquisa de campo, durante o período de coleta de informações, foram entrevistadas dez mulheres, em idade reprodutiva (entre 20 e 49 anos de idade). Estas mulheres foram atendidas para a coleta de exame citopatológico, ocasião em que relataram algum tipo de queixa sexual no momento da realização do referido exame.

No contexto da consulta ginecológica, houve o acolhimento inicial e utilizado o formulário padrão – “Requisição de exame citopatológico - colo do útero”, do Ministério da Saúde (Anexo A), no levantamento de dados para avaliação de exames preventivos ou diagnósticos de patologias ginecológicas: dados de identificação, dados relacionados às questões reprodutivas, informações clínicas, coleta de material do colo uterino

(microbiológico e citopatológico) e exame das mamas. Todas as participantes do estudo relataram, sem ter sido questionado, algum tipo de queixa relativa à sua vida sexual.

Concluído o procedimento previsto (consulta de coleta de exame CP), estas mulheres foram orientadas sobre a data do resultado do referido exame. Após esta orientação, foi exposto o estudo proposto pela pesquisadora e questionado seu interesse em fazer parte da pesquisa. Todas se manifestaram positivamente frente a esta colocação, manifestando o desejo em falar sobre este assunto em horário previamente agendado, tendo sido combinada e marcada entrevista para esse fim na data da retirada do resultado do seu exame. Neste encontro, foram apresentados os aspectos éticos da pesquisa e questionado, mais uma vez, o desejo em realmente participar do estudo. Não houve negativa e aquelas que manifestaram desejo em participar foram incluídas no estudo.

As informações para o alcance dos objetivos do estudo foram obtidas por entrevista semi-estruturada, pré-agendadas em dia e horário preestabelecidos em comum acordo, em ambiente privativo, na própria unidade de saúde.

7.2 CARACTERÍSTICAS DOS ATORES: SUJEITOS DO ESTUDO

Na caracterização das mulheres do estudo, apresentada no Quadro 1, constata-se que, das 10 mulheres entrevistadas: todas são residentes de São Leopoldo, RS, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, tem relacionamento conjugal com o parceiro; com idade média de 31,4 anos - com variações de 23 aos 41 anos; a maioria é de cor branca, casada, com 2º. grau completo (curso médio) e, desenvolvendo atividades profissionais relacionadas à saúde.

| Sujeitos | Idade | Companheiro Fixo | Convivência | Idade do Companheiro | Profissão do sujeito | Tempo Relacionamento | Profissão do Companheiro | Filhos Comuns | Filhos Dele | Filhos Dele | Paridade | Gestação |
|----------|-------|------------------|-------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------|-------------|----------|----------|
| S 1 | 23 | Sim | Juntos | 30 | Estagiária | 4 anos | Autônomo | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| S 2 | 31 | Sim | Juntos | 56 | Auxiliar Social | 9 anos | Médico | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 |
| S 3 | 41 | Sim | Juntos | 43 | Enfermeira | 12 anos | Autônomo | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| S 4 | 24 | Sim | Juntos | 28 | Do lar | 4 anos | Profissional da Construção Civil | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| S 5 | 40 | Sim | Juntos | 55 | Técnico em Enfermagem | 10 anos | Autônomo | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| S 6 | 41 | Sim | Juntos | 41 | Técnico em Enfermagem | 2 anos | Desempregado | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| S 7 | 24 | Sim | Juntos | 28 | Auxiliar Consultório Dentário | 8 anos | Técnico. Informática | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| S 8 | 24 | Sim | Separados | 23 | Agente Comunitário | 9 anos | Vigilante | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| S 9 | 37 | Sim | Separados | 36 | Agente Comunitário | 3 anos | Técnico Informática | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| S10 | 29 | Sim | Separados | 34 | Agente Comunitário | 6 meses | Militar | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 |

Quadro 1 - Características dos sujeitos do estudo e seus companheiros

Fonte: dados coletados pela pesquisadora, em entrevistas com os sujeitos do estudo

A maioria dos companheiros destas mulheres, também, possui 2^o. grau completo (curso médio), mas 1/3 deles tem só o 1^o. grau completo (fundamental). As atividades profissionais dos companheiros são variadas: autônomos, militares e profissionais de nível superior da área da saúde. Em relação ao tempo de relacionamento, observa-se que há uma média de 6,2 anos (com variações de 6 meses a 12 anos), evidenciando-se que, na esfera conjugal destas mulheres, o fator tempo de relacionamento não é determinante para a manifestação de queixa sexual, uma vez que se manifesta em diferentes tempos de relacionamento, podendo ser fator gerador de crise familiar conjugal/familiar.

Em relação à idade dos companheiros, a média é de 37,4 anos, mostrando que não há evidência de grande diferença na faixa etária destes sujeitos e seus companheiros, assim sendo, não se poderia afirmar que a manifestação das queixas sexuais aconteça por diferenças etárias entre estes casais.

Quanto ao número de filhos, cinco casais possuem filhos em comum, com tempo médio de relacionamento conjugal de 7,6 anos, enquanto que daqueles que não possuem filhos em comum a média é de 4,7 anos. Portanto, nesses parceiros, o fato de terem filhos em comum, também, não é fator determinante de queixa sexual. Constata-se, no entanto, que a média de tempo de relacionamento de casais com filhos é maior do que a média do tempo de relacionamento dos casais sem filhos e, destes sem filhos, aproximadamente, 1/3 não moram juntos. Evidencia-se, assim, que os relacionamentos de casais com filhos em comum são mais duradouros, apesar da presença da queixa sexual feminina estar presente.

Talvez, outros fatores possam explicar as queixas sexuais presentes nestas mulheres. A literatura aponta que, em algumas pessoas, a presença de sentimentos de desespero, impotência e desesperança, característicos de depressão, parecem fortalecer o processo de socialização do papel feminino, no qual incluem grandes responsabilidades às mulheres, provocando nelas um estado de grande vulnerabilidade (BURIN, MONCARZ e VELASKEZ, 1990).

Quanto aos métodos contraceptivos, observa-se que todos os casais usam algum método contraceptivo, e que o método mais utilizado é de uso feminino - contraceptivo oral em primeiro lugar, seguido de preservativos masculino sem associação com outro método de prevenção à gravidez, diu, contraceptivo injetável e tabelinha. Constata-se que não há

preocupação em prevenção das DST e AIDS pelos casais, evidenciando descaso para com este problema, realidade constatada não só neste estudo, mas na literatura mundial.

A AIDS tem uma ressonância que ultrapassa sua nomenclatura. Os fatores relacionados com a falta de cuidados com a saúde sexual são múltiplos. Inadequadas condições de moradia e alimentação ou más condições de trabalho, muitas vezes, aumentam a vulnerabilidade à infecção; má educação, exaustão e desespero podem tornar as pessoas menos receptivas a idéias da medicina preventiva (DAVENPORT-HINES e PHIPPS, 1998). Tratando-se, esta, de um novo tipo de epidemia, marcada pelas divisões retóricas econômicas e sociais; turismo de massa e avanços científicos.

7.3 O MUNDO VELADO DAS QUEIXAS SEXUAIS FEMININAS

Da análise inicial das entrevistas: em várias leituras e da categorização, pela identificação das unidades de significado, emergiram 27 categorias que, ao serem reagrupadas, resultaram em três temas: **Razões de falar sobre um tema não questionado; O desabafo das mulheres sobre as queixas sexuais; e Possibilidade de falar sobre algo velado.**

7.3.1 Razões de falar sobre um tema não questionado

Os relatos obtidos nas entrevistas apresentam informações relacionadas aos receios, dificuldades e desabafo de cada uma destas sobre sua vivência cotidiana relacionadas à vida sexual e relacionamento com o companheiro.

As entrevistadas, independentemente, das diferenças de situação conjugal, de padrões culturais ou de classe social, articulam seus relatos em uma mesma perspectiva: sair do seu silêncio e buscar o alívio no desabafo com alguém de confiança e que possa ajudá-las a superar estes desencantos.

A saúde e a doença não podem ser tratadas como questões estanques ou situações radicalmente opostas, mas relacionadas entre si na vivência social. “A escuta como possibilidade de desabafo” é relatada como ponto de partida para explicar a confiança e a busca de ajuda. Para algumas mulheres, a ajuda veio por meio da escuta, apesar de não ser programada, mas que emergiu, naturalmente, durante as consultas de enfermagem para coleta de exame citopatológico.

Da análise deste tema, emergiram as categorias relatadas como justificativa por terem decidido desvelar suas queixas sexuais à profissional que as atendeu: **por não ser especialista; segurança, confiança e facilidade para falar; paciência para a escuta e; desabafo como possibilidade de resolução do problema.**

Por não ser especialista. Em seus relatos, as mulheres referiram ter falado sobre a sexualidade por se tratar de profissional generalista. Constata-se que para elas não há a necessidade de um profissional especializado para expressarem seus sentimentos, mas buscam

outros fatores, como espaço, confiança e atenção do profissional que está prestando a assistência. Portanto, o profissional para realmente prestar um acolhimento a esta mulher precisa estar preparado para ouvi-la e fazê-la sentir-se bem no local de atendimento.

Contigo me senti bem, sim. Eu acho que como profissional assim, se fosse... ah... um ginecologista, eu não teria falado (sujeito 2).

A tua pesquisa, acho que pode ajudar. Ah... acho que... conversando com alguém, desde que tenha idéia do problema, mas eu não acho que seja o caso. Assim de eu ter que procurar, sei lá..., um psicólogo, ou até mesmo um ginecologista. Nem sei se procuraria. Eu prefiro... nessa relação (referindo-se ao companheiro) ir até aonde der (sujeito 9).

Evidencia-se, nas falas, por parte das entrevistadas, uma certa negação do problema, apesar de o terem exposto à pesquisadora, acham desnecessário a procura a um profissional especializado para expor suas angústias e frustrações. Torna-se importante destacar que um profissional acolhedor e disposto a ouvir possibilita estas revelações, dando voz a estas mulheres.

Segurança, confiança e facilidade para falar. As mulheres expressam a confiança na profissional que realizou a coleta de CP, o que facilitou a tranquilidade para falarem sobre suas queixas. Para que isso ocorra, é necessário que haja, além da empatia, uma interação evitando o desconforto a estas mulheres. Observa-se na fala do sujeito 4, a seguir, que a condição do profissional ser do sexo feminino foi fator determinante para a comunicação, podendo assim estabelecer um diálogo de mulher para mulher, o que, no entender dela, facilita a compreensão sobre as queixas sexuais femininas.

Sei lá! É que olhando pras pessoas... parece que tu... senti mais facilidade em conversar. Têm outras (pessoas) que já é mais difícil, né? Então isso contigo foi mais fácil (sujeito 4).

No entender dessas mulheres, para a revelação das informações é preciso ter confiança e segurança para se poder falar de coisas muito íntimas. Pela confiança, se estabelece um vínculo antes não observado. Esta atitude pode expressar, também, uma relação de confissão para com a pesquisadora. Revelando que a tranquilidade do profissional na abordagem de determinado assunto pode fazer a diferença no contexto do diálogo.

Porque, eu senti segurança contigo. Me passa uma..., uma confiança (sujeito 9).

Tranqüila, parece assim. (referindo-se como se sentiu a falar sobre sua sexualidade). Tranqüila, muito bem. No início, quando tu falaste na entrevista, assim... parece que não ia dar né? Mas foi tranqüilo (sujeito 3).

Paciência para a escuta. Igualmente mencionada pelas mulheres como fator gerador de condições para verbalizar o problema vivenciado. O profissional que demonstra interesse e disponibilidade no escutar os problemas dos indivíduos é considerado um profissional com paciência em escutar, tornará a coleta de informações do problema mais preciso e minucioso. Essa atitude profissional diferencia um profissional de outro, possibilitando o estabelecimento de melhor vínculo profissional-paciente, além de mais eficiente e duradouro.

Porque não é todo mundo que tem tempo, paciência de escutar a gente (sujeito 4).

Tu escutou os problemas de outras pessoas né... Eu achei interessante (sujeito 1).

É possível que a solução de problemas seja maior, sempre que houver esta relação aberta entre profissional e paciente. O espaço à escuta aliado à paciência pode propiciar resultados antes inesperados, como: satisfação no atendimento e vontade de continuar a assistência para resolução do problema.

Desabafo como possibilidade de solução do problema. O desabafo é a possibilidade de compartilhar com o outro sua dificuldade, re-equilibrando, assim, a ansiedade e preocupação sobre sua aflição. O alívio de poder falar sobre algo, antes nunca revelado, pode determinar sensação prazerosa e limitada no sentido de ultrapassar as barreiras da negação do problema.

Pra desabafar mesmo, porque eu nunca falo com ninguém, nem com uma amiga, nem com minha mãe, nem com ele muito menos, nunca falei pra ninguém, até por vergonha, porque senão as outras pessoas vão dizer: “coitada, é uma infeliz porque não consegue...” (sujeito 7).

Tentei conversar assim...Tentei procurar desabafar. É sempre bom a situação pode melhorar (...) (sujeito 3).

Estudos sobre mulheres, de extratos socioeconômicos mais baixos, enfatizam que elas possuem acessos limitados a outras instâncias de sociabilidade, além, da familiar (CALDEIRA, 1987).

Este desabafo para um outro, fora da sua relação social, pode significar segurança de que o desvelar do problema ficará restrito ao profissional de saúde, por ele ser desconhecido e não fazer parte das relações familiares mais íntimas destas pessoas.

É ótimo, né, porque a gente se abre, pelo menos não fica só pra gente aquilo, né, a gente desabafa e sai um peso de cima, né (sujeito 6).

A ética, aliada ao sigilo do profissional, pode ser, neste caso, fator determinante para a revelação espontânea dos problemas de saúde das pessoas, transformando os assuntos tabus em conversas de fácil diálogo.

Porque eu achei assim, que tu poderia resolver o meu problema entende? Eu to procurando uma solução pro meu problema, eu já procurei um médico. Achei

que a resposta dele, não foi aquilo que eu tava esperando. Ele achou tudo normal. No meu pensamento não é normal... é anormal. E isso, prejudica o relacionamento do casal (sujeito 2).

Falar com a pesquisadora sobre o problema foi mencionado pelas mulheres como um fator de esperança de ver suas dificuldades sexuais cotidianas resolvidas ou encaminhadas a um profissional, capacitado ou indicado para isso. O que denota a responsabilidade do ouvinte de fazer o atendimento adequado para não frustrar os anseios da entrevistada. Pois se o problema não for bem encaminhado pelo profissional, pode gerar piora da situação.

7.4 O DESABAFO DAS MULHERES SOBRE AS QUEIXAS SEXUAIS

Na atualidade, sexo e relacionamento conjugal passam a ser amplamente discutidos. Muitas vezes, homens e mulheres convivem anos, com dificuldades sexuais, sem entender seus desajustes, insatisfações e conflitos. Tal modo de relacionamento decorre da não adequação dos parceiros, ou por falta de vivências básicas com relação à sexualidade.

A questão é que, hoje, a medicina investiga e trata os transtornos e as doenças em geral, mas o determinante dos nossos males não é meramente uma relação de causa e efeito, trata-se de uma rede intrincada de fatores que agem reforçando-se mutuamente. Pode existir uma variedade de atitudes e desafetos entre um casal que comprometem a parceria emocional e sexual, retardando, muitas vezes, a adequada resposta sexual. Na verdade, vários fatores poderiam influenciar os problemas sexuais e as diferenças individuais podem ser predominantes na geração de problemas sexuais, diferentemente do modelo tradicional apontado pela corrente biologicista.

Da análise dos relatos sobre as queixas sexuais, emergiram categorias que evidenciam os desencontros, incertezas e expectativas, muitas vezes, opostas nos relacionamentos conjugais: **diminuição do desejo por relação sexual; dificuldade de prazer; desconforto na relação.**

7.4.1 Diminuição do desejo por relação sexual

Observa-se que a maioria das mulheres entrevistadas expressa a diminuição da vontade de ter relação sexual por diminuição ou ausência do desejo. Justificam esta situação como consequência de manifestações traumáticas, físicas, fisiológicas ou associada a alguma patologia.

As mulheres, apesar de reconhecerem que a falta de desejo ser algo próprio delas, atribuem uma razão para isso, como, por exemplo, o companheiro que quer manter relações sexuais diárias, o que, na percepção do sujeito 9, interfere na auto-estima, algo que não pode entender, produzindo uma situação crônica de dificuldades relativas ao desejo sexual. A frequência das práticas sexuais, sob a perspectiva de gênero, em que a sexualidade, sedução e/ou namoro é algo que ocupa parte importante das pessoas, fica evidente que há tensão configurada a partir de diferenças entre feminino e masculino.

Eu tenho muito pouco desejo. Tanto faz eu ficar um, dois, três, seis meses... Eu fiquei oito anos, sem manter relação, não me faz falta. Fiquei três anos casada e o meu marido era uma pessoa que todos os dias queria sexo. Aquilo me diminuiu completamente (sujeito 9).

Algumas mulheres, por considerarem ser obrigação feminina “satisfazer o companheiro”, tomam a iniciativa, mesmo sem o desejo sexual, como modo de satisfazer uma necessidade do parceiro.

*Tá, assim olha... Pra mim não faz falta, depois que eu tive minha filha, há três anos, se ele vier me procurar, **faço devida a obrigação**, mas se depender de mim, a procura, pra uma relação não tem (sujeito 1).*

Eu não tenho vontade de ter relação, por mim eu posso ficar um mês, dois, que eu não sinto falta. Às vezes, eu procuro o meu parceiro porque eu acho que ele tá com necessidade, mas não porque eu to a fim (sujeito 7).

A queixa sexual, para estas mulheres, é uma constante, mas os fatores relacionados a estas queixas diferem à medida que relatam seus problemas. Tanto a relação conjugal quanto o problema vivenciado por estas mulheres é percebido como único. Portanto, ao se generalizar a situação, corre-se o risco de modificar o olhar deste contexto de desabafo e, muitas vezes, impedir que esse ocorra.

A maioria delas, apesar de relacionarem seus problemas a alguns fatores, têm dúvidas sobre a verdadeira origem desta dificuldade.

O desejo cai e simplesmente não tem como explicar, não consigo dar uma explicação satisfatória, né (sujeito 4).

É difícil, é complicado, não tenho vontade, simplesmente não dá vontade e pronto (sujeito 5).

Uma das mulheres atribui a causa do desinteresse sexual à gestação e, apesar de não estar mais grávida na ocasião da entrevista, relata que o problema permanece.

Foi desde a minha gravidez. Eu tive outros relacionamentos, que eu não tinha vontade de ter relação com outras pessoas... e quando vem chegando à noite

principalmente, eu fico triste, porque é tão ruim tu ter relação com o teu marido e não tá a fim, né (sujeito 2).

Observa-se no relato do sujeito 2, que a tristeza pode ser cíclica, no caso, a referência com a noite é indicativo da proximidade da possibilidade íntima sexual. Ela complementa seu relato dizendo que o companheiro é “maravilhoso e carinhoso”. É importante destacar que não só as mulheres vítimas de violência doméstica ou sexual que referem problemas sexuais. Apesar de terem companheiros carinhosos e compreensíveis, a sucessão de desajustes sexuais que vivenciam compromete o relacionamento conjugal, tornando crônica a situação, principalmente, se as tentativas de solução forem postergadas.

Pra mim, não faz parte (referindo-se ao ato sexual)... Se eu quiser deitar e dormir, pra mim é ótimo. Eu sinto preguiça, tenho uma relação legal, sinto prazer, só que pra mim, não faz falta. Nem o começo (sujeito 1).

Todos os sujeitos, participantes do estudo buscam uma explicação, mesmo que tardia, para o seu problema sexual, descrito, via de regra, como uma vivência da mulher, embora, esse fato possa incluir o outro (parceiro) como gerador do problema.

Na fala do sujeito 4, constata-se esta inversão da situação, na qual é o companheiro citado pela diminuição do desejo sexual. A referência da gestação é mais uma vez relatada como deflagradora do problema. O companheiro, após ter recebido a notícia da gestação, passa a apresentar diminuição do desejo sexual, atitude que causa diminuição, também, no desejo da mulher, que reluta em aceitar a situação, apesar de relatar que o corpo grávido altera, negativamente, sua imagem corporal.

Até que eu consegui ficar grávida, e o desejo sexual do meu marido caiu assim digamos 90% e eu não sei aonde vai chegar isso, né? Não sei se a relação de repente melhora depois do parto, ou se vai até piorar! (sujeito 4).

Evidencia-se nesta situação o desconforto que esta mulher sente em relação à diminuição de desejo do companheiro, sendo o fator fisiológico a chave do problema conjugal.

Para Maldonado (2000), o desejo sexual na mulher ou no homem, pode alterar-se tanto positiva como negativamente durante a gestação. Algumas mulheres sentem-se tão plenas e realizadas como mulheres ao gerarem um novo ser dentro de si, que alcançam o orgasmo pela primeira vez na vida.

Por outro lado, nos casos de diminuição do desejo sexual, podendo chegar ao grau máximo de frigidez ou desinteresse, em geral, decorrentes da cisão entre a gravidez e sexualidade (MALDONADO, 2000). Ao estar gerando um filho, a mulher sente-se pura e assexuada. Além disso, pode haver medo de, no ato sexual, machucar o feto. Esta diminuição do desejo sexual ocorre quando o mesmo já é normalmente reduzido (MALDONADO, 2000).

Me sinto muito mal (referindo-se a gravidez atual). O corpo da gente fica sensível. Eu tô na parte da transformação pra pior. Eu queria me sentir assim... mais bonita. Eu queria que ele sentisse desejo por mim mesmo como eu estou (sujeito 4).

A maneira como a mulher, na gestação, sente as mudanças do esquema corporal está intimamente relacionada com as alterações da sexualidade, com a atitude do homem em relação às alterações corporais da mulher, e com o medo de que ela própria se situa diante da gravidez (MALDONADO, 2000).

Constata-se, na fala do sujeito 4, que ela deixou de ser atraente em decorrência da transformação do corpo produzida pela gravidez. As alterações corporais podem ser tão intensas em algumas mulheres, que as percebem como deformidade - sexualmente incapaz de

atrair alguém e, quando essa vivência é muito intensa, nem mesmo a atitude de admiração do homem é aceita por ela, pois suspeita que existe apenas a intenção de consolá-la (MALDONADO, 2000).

7.4.2 Dificuldade de prazer

O prazer, geralmente, critério indicativo de aspecto positivo em relação à sexualidade é um tema difícil da medicina em lidar, pois “o sexo pode ser fonte de ansiedade quando se tem prazer, assim como pode ser fonte de prazer em situações de desprazer, como na experiência da dor (física ou moral)” (CORRÊA, 1998, p.72,73). Esse tipo de problemática é conflitante com discurso médico de orientação que ordena: normal-patológico ou saúde-doença, no qual uma mesma coisa não deve poder fazer bem e mal ao mesmo tempo.

Na análise de Foucault sobre a sexualidade, a denomina “*scientia sexualis*”, como um mecanismo de prazer que reenvia o sexo à mecânica, na qual o homem é sujeito do desejo:

Na arte erótica, a verdade é extraída do prazer enquanto prática e vivida como experiência; não é por referência a uma lei absoluta do permitido e do proibido, ou seja, há um critério de utilidade, que o prazer é avaliado; mas antes de tudo, em relação ao prazer mesmo, que deve ser conhecido como intensidade, sua qualidade específica, sua duração, suas reverberações no corpo e na alma (FOUCAULT apud PIERRET, 1998, p. 61).

A ambivalência, tensão ou até mesmo o conflito entre masculino e feminino delineiam-se nas nuances que focam os diversos depoimentos sobre a sexualidade. Frente à prescrição imposta do mundo tradicional e científico, definida em termos bipolares e lineares,

homens e mulheres devem desenvolver um diálogo - “muitas vezes difícil entre a complexidade polimorfa dos seus sentimentos e o simplismo dos padrões orientadores”, criando e recriando, transformando e ressignificando, provocando rupturas ou permitindo a continuidade e a legitimação das idéias predominantes (CARVALHO,1998).

Na tentativa de se adaptar a situação de desajuste sexual, surgem os conflitos pessoais, onde as pessoas, muitas vezes, adotam comportamentos contrários ao que realmente, desejam. Nesta categoria é possível observar, nos relatos dos sujeitos, que há unanimidade da dificuldade de obtenção de prazer integral, com os parceiros, na esfera conjugal.

Pelos relatos das mulheres, constata-se que o alcance do clímax (orgasmo) nem sempre é obtido por elas. Aqui, chama-se a atenção não para o orgasmo esporádico, mas ao longo de uma vida conjugal, sexual.

Já tive orgasmo assim..., em doze anos de casamento, dois ou três (sujeito 10).

Prazer máximo não! De dizer assim... que eu tive prazer... Não nunca tive! (sujeito 9).

Constata-se, ainda, que a monotonia conjugal é enfrentada no dia-a-dia, sem que seja modificada a relação, um conformismo presente e alienado na vida do casal. E, na maioria dos casos, a dificuldade de ter prazer está associada também a fatores que influenciam negativamente a experiência do prazer sexual como o curto espaço de tempo dedicado às carícias preliminares.

Eu tenho que ser estimulada mesmo, porque senão eu não consigo. Tem que ser uma coisa devagar, não adianta ser rapidinho, tem que ter paciência (sujeito 7).

Eu sou casada pela segunda vez. Quando eu era casada, eu já era assim, eu tinha vontade, mas nem sempre eu tinha prazer. Falta preliminar. Quando ele estimula bastante, aí sim, sabe, senão eu finjo! (sujeito 6).

A questão do fingimento do orgasmo feminino possibilita o encobrimento de problemas conjugais. Para os homens, o fingimento do orgasmo é mais difícil de ocorrer em função da evidência concreta de prazer: a ejaculação. Mas para a mulher a possibilidade de fingir é a forma encontrada para satisfazer o companheiro, prolongando o sofrimento e evitando a discussão sobre o assunto prazer.

Eu penso assim, eu vou falar pro parceiro que eu não tive orgasmo. Daí ele fica achando que o problema tá nele. Aí fica mais meia hora em cima de ti, e aí eu não suporto, sabe, prefiro dizê que foi muito bom! (sujeito 10)

Este relato refere-se à tentativa masculina de satisfazer a companheira, mas não resolvendo a situação, o que mais uma vez demonstra que o fato das mulheres guardarem em segredo os problemas sexuais para si pode acarretar uma piora da vivência sexual conjugal, que pode ser vivida por elas como sinônimo de fracasso. Este possível fracasso está oculto, escondido atrás deste fingimento e com isso alienando a relação e comprometendo, principalmente, as mulheres insatisfeitas e com medo de perder seu companheiro.

7.4.3 Desconforto na relação

Nesta categoria evidencia-se que a dor presente no ato sexual, considerado prazeroso, pode significar insatisfação e desconforto, fazendo com que se torne cada vez mais distante a possibilidade de novo contato sexual. No relato destas mulheres, a dor relatada durante a relação sexual é decorrente tanto de fatores fisiológicos (falta de lubrificação); ginecológicos

(cirurgia de colo uterino ou uso de método anticoncepcional, dispositivo intra-uterino - DIU); quanto por aspectos emocionais.

A minha dificuldade é que eu não me lubrifico, né. Se eu vou ficar perto de menstruar, daí eu tenho dor, né. Até acho que é ignorância minha. Parece que encosta, no DIU, alguma coisa assim e me machuca (sujeito 9).

Dor eu tenho às vezes, conforme a posição, devido ao problema no útero que eu tive. Eu fiz uma conização e uma...não lembro o nome agora, tirô um pedacinho (sujeito 10).

Eu tenho muita dor de um lado. Eu não sei se é do DIU que eu uso, alguma coisa assim, eu não sei explicar (sujeito 6).

Pelos relatos destas mulheres, verifica-se que na relação sexual a dor está relacionada a fatores fisiológicos ou ginecológicos não esclarecidos para elas. É necessário investigar melhor estes desconfortos. Os motivos de dor podem ter uma explicação plausível, como no caso de período pré-menstrual e o uso de DIU, como este método tem seu funcionamento para eliminar o corpo estranho ao organismo (dispositivo), pode ser mais sentido o desconforto quando o volume uterino encontra-se aumentado pelo endométrio pré-menstrual. A posição da relação sexual também pode interferir com desconforto no ato sexual, provocando versão do colo uterino ou tração dos ligamentos uterinos.

Além de justificativas fisiológicas, há relatos de desconforto inespecífico, como no caso do sujeito 7, ou como a do sujeito 8, em que o componente emocional está presente. A evidência de dor em um ato de prazer representa para esta mulher a frustração e incapacidade em atender seus próprios desejos.

Desde que eu perdi meu primeiro filho eu noto essa dor, me sinto bem incapaz (como mulher), porque não entendo o porque da dor, seis anos é meio frustrante. Porque tu quer agradar e, sentir dor... eu não vou me sacrificar pra agradar alguém. Não acho válido. Quando eu sinto dor, eu perco o prazer

porque eu acho que se é uma coisa boa, né, sexo, tu não pode sentir dor (sujeito 8).

Eu sinto desconforto. Eu sinto dor. Não tenho prazer! Então isso tudo acaba deixando a gente mal, né? O problema sou eu mesmo... (sujeito 7).

7.5 PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS RELAÇÕES SEXUAIS

Quanto aos problemas relacionados às relações sexuais, muitas foram as manifestações das mulheres que justificam seus problemas, relacionando-os com as categorias: **doenças crônicas; traumas e bloqueios; desgaste na relação conjugal e; hábitos de vida.**

7.5.1 Doenças crônicas

A vida sexual dos indivíduos portadores de doenças crônicas pode ser comprometida pelos danos causados pela doença em si e, indiretamente, pelos fatores psicológicos, sociais e culturais que são por eles mobilizados.

Dentre as doenças que podem afetar a saúde sexual, incluem-se as doenças sistêmicas; doenças hepáticas; desordens endocrinológicas (incluindo a “diabetes mellitus”); doenças neurológicas; doenças vasculares (incluindo a HAS e cardiorrespiratória; afecções genito-urinárias masculinas e femininas; condições cirúrgicas e ginecológicas (KAPLAN,1975; HAWTON, 1994). Estas doenças podem afetar a saúde sexual dos indivíduos, provocando efeitos de libido (aumento, diminuição ou ausência), mudanças no comportamento sexual,

prejudicar a excitação, a disfunção erétil, ausência de orgasmo, ausência de desejo, ejaculação precoce ou tardia, dispauremia.

Com base na literatura citada, a pesquisadora esteve atenta à possibilidade da presença dessas patologias nos relatos das mulheres entrevistadas. Uma vez relatada a presença de doença crônica, a preocupação recaiu, também, sobre a medicação utilizada que pudesse justificar o problema sexual na tentativa de ser averiguada a procedência da queixa.

Dos sujeitos do estudo, duas relataram ser portadora de doenças crônicas – sujeito 10, (HIV soro positiva) e sujeito 6 (hipertensão e cardiopatia).

Não, não uso (referindo-se a medicação). Mas... ãhhh..., eu tenho HIV (sujeito 10).

A portadora do vírus da AIDS, apesar de ainda não utilizar medicação para esta patologia, por ter carga viral baixa, relaciona sua dificuldade sexual à doença.

As mulheres, ao tomarem conhecimento de seu diagnóstico, experimentam conflitos relacionados à sexualidade, com período de diminuição das atividades sexuais. A AIDS impõe mudanças nas atividades sexuais, fazendo com que as mulheres infectadas (“soro diferente”) tenham medo do relacionamento sexual, se esquivando das relações, mesmo com desejo sexual, pois sentem medo ou constrangimento, abstendo-se das relações sexuais (GALVÃO, CERQUEIRA, MARCONDES-MACHADO, 2004).

A situação de segredo, freqüentemente, coloca o paciente em hipervigilância uma vez que ao omitirem a doença da família, dos amigos e até dos próprios parceiros para driblar o

isolamento social ao qual poderia estar submetido, ingressam na clandestinidade quanto à sua condição (GALVÃO, CERQUEIRA, MARCONDES-MACHADO, 2004).

As mulheres HIV positivas deparam-se com situações de discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Diante deste panorama, viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, compromete a qualidade de vida.

Estudos sociológicos atuais sobre as mulheres soropositivas apontam que o maior problema dessas mulheres é “a gestão do segredo de sua contaminação, em especial nas relações amorosas” (BOZON, 2002, p.98). Justificativa esta apresentada pelo sujeito 10, que, ao manter o sigilo da situação com o atual companheiro, teme que ele não utilize preservativo na relação. Fato que a impede de relaxar, sentindo-se frustrada com a relação sexual.

Nas relações eventuais, a mulher pode ficar calada sobre o assunto, mas quando há compromisso amoroso, por incipiente que seja, há a obrigação moral de revelar a soropositividade (BOZON, 2002), mas a revelação gera angústia a estas mulheres, pela possibilidade de serem rejeitadas, abandonadas.

Quanto à presença de doença crônica não-infecciosa, o sujeito 6, apesar de apresentar hipertensão e cardiopatia, não relaciona sua doença com a diminuição do prazer. Relata que, em casamento anterior, já utilizava a técnica de fingir orgasmo. Assim, não relaciona o uso da medicação anti-hipertensiva com sua queixa sexual.

Sou hipertensa e cardíaca. Faz bastante tempo, que eu tomo medicação, mas acho que não tem contra-indicação ou efeito colateral. (sujeito 6)

O portador de doença crônica não-infecciosa geralmente, tem sua sexualidade comprometida, podendo ser decorrente tanto da idade, da natureza, severidade e duração da doença quanto, dos fatores psicológicos associados e dos efeitos adversos da medicação utilizada (COELHO MARQUES, 2003).

Portanto, as doenças crônicas e ou seus tratamentos, apesar de estarem embasados na literatura como doenças que podem afetar a saúde sexual do casal, não foram apontados por estas mulheres como fatores relacionados à queixa sexual.

7.5.2 Traumas e bloqueios

Com relação a esta categoria, observa-se que a metade dos sujeitos refere como justificativa de queixa sexual algum tipo de trauma ou bloqueio emocional que impede que se sintam à vontade em seus relacionamentos conjugais, atuais.

Relatam no momento da entrevista, algum acontecimento capaz de causar sofrimento e prejuízo à sua saúde mental que influencia o ambiente conjugal, tornando-as incapazes de despertar qualquer estímulo sexual, em função de suas frustração e decepção com o relacionamento sexual.

A sexualidade feminina prioriza a motivação e o estímulo sexual, mais que o impulso sexual; a capacidade de sentir prazer está vinculada, também, a uma ambientação com o parceiro - algo adquirido com afeição, admiração, simpatia, segurança, satisfação pessoal; e não decorrência mecânica e automática, mais fácil de ocorrer ao sexo masculino.

De modo geral, observa-se que fatores circunstanciais concorrem para o viver pleno da sexualidade e traumas e bloqueios podem ser pontos chave de alguns problemas sexuais, postergados e não resolvidos.

No relato do sujeito 10, evidenciam-se vários fatores sexuais traumáticos, ocorridos no passado e que, hoje, continuam atormentando o seu cotidiano.

Isso (referindo-se ao fato de ser portadora do HIV), é um dos grandes problemas meus, é o primeiro da lista, eu não consigo me abrir pra ninguém. A única coisa que eu cuido na minha relação com ele é de não transmitir nada sabe... Mas às vezes, me bloqueia até um beijo, sabe, eu me sinto suja (sujeito 10).

Ser HIV soro positivo é o primeiro fator apresentado, pelo sujeito 10, como justificativa para sua queixa sexual. Relata, ainda, história de estupro e a desconfiança do pai em relação à sua virgindade, tendo este cometido ato de violência contra ela no início da adolescência.

Eu nunca procurei ajuda, mas as coisas que aconteceram eu não consigo esquecer. Eu lembro como se fosse hoje... Eu penso e eu procuro não fechar muito, os olhos, pra pode desviar meu pensamento... Ele (referindo-se ao pai) desconfiou, que eu e minha irmã não fôssemos mais virgens, e fez um exame de toque em nós. Aquilo foi traumatizante, eu sempre fiquei abalada... Quando eu era casada eu via o rosto do meu pai. Quando eu tava fazendo relação com meu marido, aquilo me atormentava sabe... Meu Deus! O que será que é isso? (sujeito 10).

Outro trauma relatado, refere-se ao sujeito 2, que relaciona sua dificuldade sexual com perdas – a morte do ex-marido.

Pra mim claro foi um choque, eu tinha muito desejo com o pai do meu filho, eu acho que aquilo foi um bloqueio no meu subconsciente, só pode ter sido... Porque depois eu nunca consegui ter uma relação normal, mas com meu marido atual, eu comecei a me sentir bem! (sujeito 2).

Das falas desta mulher, emergem dificuldade ao comportamento recebido de ex-companheiro durante os três anos de convivência e relacionado diretamente com a gravidez e a auto-estima.

Não sei se é minha idade ou se foi o fato que meu ex-marido que me deixou assim... a maneira que ele foi me tratando, rotulou aquilo todos os dias. Todos os dias, eu tinha que fazer sexo com ele. Isso que me deixou assim! (sujeito 9).

Tô mais sensível e carente. Eu preciso de mais carinho do que de uma transa rápida sabe. A cada vinte dias, a cada mês... Achei que da minha parte e da parte dele era muito trabalho. Mas a gente nota que não é. Nota ou parece, que eu não to agradando mais. Assim como eu, muitas mulheres tão passando por isso quietas! (sujeito 4).

Esta mulher refere-se ao silêncio, da pouca exteriorização do problema sexual e de como este é pouco dividido com alguém, fazendo com que sua dificuldade pareça ainda maior.

O sujeito 8 refere um processo traumático pós-aborto como causa de comportamento pouco receptivo ao companheiro, afetando, sempre, a resposta aos estímulos oferecidos.

Eu tenho comigo que foi desde aquela vez (referindo-se a perda do filho), daí eu não me sinto bem, eu já perco a vontade, fico meio viajando (sujeito 8).

A perda fetal, neste caso, representa uma ruptura, crise na vida desta mulher, que implica em uma reconstrução de sua identidade, com possibilidade de um salto de qualidade, se tivesse sido acompanhada por uma equipe multiprofissional.

Pelos relatos destas mulheres, fica evidente a necessidade tanto do acompanhamento de saúde por uma equipe multiprofissional, em especial das usuárias de serviços públicos de

saúde, que tiveram perdas (familiares e fetal), como uma rede de apoio para as que vivenciam este problema.

7.5.3 Desgaste na relação conjugal

No que se refere ao desgaste na relação conjugal, vários são os fatores expressos pelas mulheres: frequência das relações; discussões conjugais; desconfiança sobre o relacionamento.

Quando perguntadas sobre a **frequência das relações sexuais**, as mulheres relatam que o tempo de duração da dificuldade sexual referida é, em média, de seis anos e meio (6,5), e a frequência semanal destas relações sexuais em torno de (1) uma relação por semana. Destacam que este número de relações, apesar de suas preocupações e queixas com o relacionamento, ocorrem independentes da presença ou não do desejo sexual feminino.

Os motivos relatados para as **discussões entre os casais** foram: relação sexual na gravidez; desconhecimento do companheiro, timidez do companheiro e relacionamento com outro parceiro comprometido. O que se observa nos seus relatos é que, muitas vezes, os casais não conversam ou discutem sobre suas relações tornando suas vidas mais sofridas e não resolvendo seus problemas. Isto demonstra, claramente, a conformidade em relação à situação, consequência da falta de maturidade e intimidade em abordar o assunto.

Gosto dele sim. Só que de tanto tu ficar discutindo, eu acabo não sentindo a mesma coisa (sujeito 5).

Ele não coloca os problemas dele. Ele é muito ignorante, não sabe conversar, não é capaz de admitir nada (sujeito 1).

Com relação à **desconfiança**, as entrevistadas relatam suspeita quanto à fidelidade de seus companheiros, relacionada ao fato de não terem desejo sexual.

Às vezes, meu marido acha que até tenho amante. Ele sabe que no fundo eu não tenho, mas ele já deve ter levantado esta hipótese (sujeito 2).

O marido fica desconfiado... Acha que tu tem outra pessoa. Daí tu diz que não quer ter relação... Não é bem assim! Não é que eu não queira, é simplesmente, porque não tenho vontade. Daí começa as desconfianças, né? (sujeito 5).

A desconfiança conjugal está intimamente ligada às dúvidas sobre o relacionamento, transformando, em alguns casos, a relação conjugal em uma situação de tortura latente, que a qualquer momento pode desencadear uma tragédia ou separação.

Quem mais procurava era eu. Não porque eu tava com desejo, mas porque eu ficava preocupada que se eu não transasse com ele, ele poderia procura outra pessoa. Entendeu? (sujeito 7).

A preocupação com o papel social dos papéis femininos tradicionais, impostos pela sociedade, estão presentes nos relatos destas mulheres: “se eu não” “pode acontecer”. Essas mulheres, ao reconhecerem seus direitos como indivíduos em igualdade de condições, não promovem o diálogo com o companheiro sexual na direção da melhoria da sua qualidade de vida.

7.5.4 Hábitos de vida

Com relação a esta categoria, os sujeitos relatam que os hábitos de vida têm influência no desgaste da relação conjugal, pois o conjunto de fatores aliados demonstram sempre preocupação e atenção por parte destas mulheres.

O risco da pílula anticoncepcional, o medo do sexo sem preservativo e o fato de o companheiro trabalhar em casa foram os fatores relatos pelas mulheres, evidenciando que a qualidade da relação afetiva pode estar comprometida se não forem discutidos, sem preconceitos e falsos pudores as situações cotidianas pelos casais.

No tocante à justificativa apresentada por estas mulheres sobre o desgaste na relação conjugal, mais da metade delas relacionou a dificuldade sexual ao estresse da vida cotidiana.

Eu não sei se é por causa do nenê, pelo cansaço presente do dia-a-dia... Meu marido pediu pra mim procurar um psicólogo ou psiquiatra porque isso é coisa da minha cabeça. Eu achava também... mas acho que é da correria do dia-a-dia, por causa de filho, stress (sujeito 2).

Não sei se é porque eu chego cansada. Ele chega cansado e vai pra cima do computador, quando vejo, eu já to dormindo. Então eu vou deixando assim, né! Vai passando... e, eu nunca falei com ele sobre isso (sujeito 7).

Minha dificuldade? Sei lá! Não sei se atribuo ao stress, a vida corrida que a gente tem no dia-a-dia, mas é muito difícil de ter relação (sujeito 5).

Verifica-se que o estresse, aliado a outros fatores, emocionais ou físicos, é um elemento que deve ser considerado como chave na esfera conjugal e motivo de conflitos internos. O estresse será sempre objeto de atenção, e ultrapassá-lo pode ser um importante desafio para a maturidade e intimidade do casal. Ignorar essas dificuldades propicia o

agravamento da situação, fazendo com que o prazer, se transforme em algo frustrante para ambos.

A vontade que eu tenho de fazer carinho, não é retribuída. Então passa até besteira na cabeça da gente. Fico frustrada, passa assim... a vontade de saí com outras pessoas... Porque tu procura a pessoa e a pessoa te rejeita é pior do que tu não ser procurada (sujeito 4).

Frente à rejeição do companheiro e à continuidade da dificuldade sexual, algumas mulheres cogitam na possibilidade de relacionamento sexual com outro parceiro. Mas, ao mesmo tempo, consideram esta alternativa como algo não adequado como se pode evidenciar na fala do sujeito 4: “*passa até besteira na cabeça da gente*”. O sentimento de frustração relatado por esta mulher é decorrente da rejeição sofrida ao lhe ser negado carinho.

Por outro lado, há aquelas mulheres em que o sofrimento está justamente na presença da possibilidade sexual. O sujeito 1 relata sua satisfação em poder contar com o refúgio do local de trabalho, onde pode esquecer um pouco, seu problema.

Dou graças a Deus, quando eu estou trabalhando (referindo-se a não estar no ambiente doméstico). Porque parece que daí, um ta falando uma coisa e, a gente ri, se diverte sabe. É bem melhor... mas já fui mais feliz (sujeito 1).

No entanto, (sujeito 1) ao mesmo tempo que diz usar o trabalho como “tábua de salvação” e reconhecer não ser tão feliz como no passado, não se movimenta no sentido de procurar resolver o problema vivenciado.

7.6 TENTATIVAS DE ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA SEXUAL

As tentativas de enfrentamento relativas às queixas sexuais relatadas incluem a necessidade emergente de **falar sobre o assunto** com quem possibilita a escuta, sem críticas; **tomar outras atitudes** que possam servir de estímulo na relação sexual e; **outros modos de enfrentamento**.

7.6.1 Falar sobre o assunto

Nesta categoria, observa-se que cinco mulheres revelaram não ter falado com o companheiro sobre sua dificuldade sexual. A justificativa apresentada é por medo, vergonha e acomodação. Trata-se de ocultar a dificuldade, algo difícil de ser falado e, assim, retardam o diálogo postergando o enfrentamento da situação.

Falar sobre as dificuldades sexuais continua sendo tabu entre os casais, fazendo com que haja uma alienação misturada à frustração e angústia, que não são exteriorizadas na esperança de que se evitando o assunto entre eles funcione como uma espécie de solução temporária do problema.

Nunca falei com ele sobre isso. A gente tem um certo receio de falar. Sei lá... vergonha (sujeito 6)

Eu acho que eu deveria conversar com ele, porque ele é um cara que se preocupava sabe. No início era diferente, mas, hoje em dia, ele não se preocupa mais com isso (sujeito 9).

... às vezes ele pergunta se tem alguma queixa. Eu digo: “amor eu não tenho” (sujeito 3).

Por estes relatos, verifica-se a que ponto pode evoluir o problema. Constatou-se que já houve preocupação com o prazer da companheira. Portanto, esta é uma preocupação que pode estar presente e ser manifestada no meio masculino. Mas se não houver o diálogo para a colocação das reais preocupações das mulheres, talvez o companheiro deixe de se preocupar com o fato. Justamente porque uma das partes evita discutir os assuntos da relação conjugal, agravando a situação problema até o ponto de deliberadamente, negar a dificuldade sexual, como exemplificada na fala do sujeito 3.

Reforçando esta idéia, quando questionadas sobre a condição de já terem falado com o companheiro sobre suas dificuldades sexuais, 1/3 das mulheres relataram que apesar de terem tentado iniciar o diálogo, não enfrentaram o problema com o companheiro devido ao inadequado entendimento para tratar essa temática em decorrência da desconfiança, preconceito e tabu existente entre o casal ao entrarem no assunto sexualidade. Algumas mulheres preferem mentir sobre a condição sexual com o companheiro do que falar abertamente sobre a mesma.

Tentei conversar assim e tentei procurar desabafar. É sempre bom. A situação pode melhorar, né. Tu entende? (sujeito 3).

...então a gente senta e conversa, mas ele não consegue conversar comigo. Não sei se tem medo que eu vá largar ele por causa disso. Então ele não consegue responde nada, acaba os dois chorando e não chega a resultado nenhum (sujeito 4).

Nas falas destas mulheres, pode-se verificar a pouca intimidade do casal no que se refere ao diálogo sobre sua sexualidade. O que deveria ser um diálogo em realidade é um desabafo. Apesar de estarem juntos há quatro anos (sujeito 4 e seu companheiro), parece que

não conseguem ter intimidade para discutir este tipo de assunto o que gera descontentamento e desconfiança de ambos, podendo influenciar negativamente na relação.

Ele ficou acomodado. Ele é ignorante, acha que é outro, não entende. Não entra no problema, mas eu nunca tive outro, nunca procurei outro (sujeito1).

A falta de um diálogo aberto e sincero impede o entendimento das questões sexuais do casal e da possibilidade de tentativa de esforço em comum, benéfica para ambos na busca de soluções do problema. Na falta de honestidade na intimidade conjugal, qualquer discussão sobre o assunto poderá ser conflitante e a busca de alternativas com desequilíbrio da relação.

Nesse sentido, “o conhecimento de si mesmo e do outro, o diálogo aberto e sincero, a superação de pretextos, desculpas e fingimentos, a exploração própria e mútua são elementos imprescindíveis de uma vida sexual satisfatória” (KUSNETZOFF, 1988, p.46).

As mulheres poderiam ter mais satisfação em sua vida sexual, se ao invés de temer as reações de seus parceiros, conversassem com eles; a satisfação sexual é permeada por vários momentos e sentimentos particulares de cada um.

7.6.2 Tomar outras atitudes

Algumas mulheres, na tentativa de enfrentar o problema, ao não conseguirem o diálogo sobre suas dificuldades, buscam alternativas para a melhoria da situação, como mudança na posição no ato sexual; lugar diferente para manterem a relação sexual; e artifícios como lingerie, óleos e perfumes. Em seus relatos, as tentativas das mulheres, de maneira

geral, não resolvem as questões sexuais do casal, provocando sentimentos de frustração, desesperança afastando a possibilidade de harmonia conjugal.

... eu mudo a posição, tento transa de quatro. Ele gosta, mas não posso, porque eu quase morro de dor. Parece que tão me puxando o útero pra fora, dói muito e não tem condições (sujeito 8).

... eu já tentei uma coisa diferente assim... um lugar diferente pra gente transar. Procurei lingerie, óleos, perfumes, alguma coisa que aticasse ele, mas mesmo assim não resolveu (sujeito 4).

... nunca falei com ninguém sobre isso. Uso lingerie, essas coisas, óleo, é que eu vendo produtos de beleza, então eu já uso, né. Alguma coisa eu compro... Penso, vou botar hoje, vai rolar alguma coisa e acaba não rolando (sujeito 7).

Apesar das tentativas, elas não conseguem resolver o problema. Novas tentativas são feitas neste sentido. Decidem, então, falar sobre seus problemas com outra pessoa ou procurar com quem possam desabafar.

7.6.3 Outros modos de enfrentamento

As mulheres, quando questionadas sobre se alguma vez tentaram falar de suas dificuldade com outras pessoas, a maioria delas informou que nunca havia conversado com alguém sobre seus problemas sexuais.

A primeira pessoa que eu tô conversando sobre isto é contigo. Nunca procurei ninguém, nem em casa. Nunca falei assim a ninguém (sujeito 1).

Nunca procurei ajuda, nunca conversei com ninguém, a primeira pessoa foi tu! (sujeito 8).

Tu és a primeira. Nunca procurei ninguém (sujeito 5).

Quanto ao relato das suas dificuldades a um profissional da saúde, apenas o sujeito 2 refere ter procurado um psicólogo, psiquiatra e ginecologista para tentar melhorar sua vida sexual.

Fui no ginecologista e ele me disse que era super normal o que eu tava sentindo. Que é porque eu amamentava. Disse que quando eu parasse de amamentar a minha vida, os meus desejos iam aumentar. Como eu amamento direto, eu acho que pode ser isso (sujeito 2).

Nos demais relatos, observa-se que a disponibilidade do profissional quanto ao acolhimento e espaço assistencial pode fazer a diferença quando o olhar sobre estas mulheres, no cotidiano do atendimento, é integral e humanizado. O comprometimento de todos os agentes sociais envolvidos estabelece um importante papel na melhoria e transformação do atual modelo de assistência.

No começo eu achava que não tinha ajuda. Que isso era um problema meu. Isso era comigo... e, também por vergonha, né? É difícil tu acha uma pessoa assim que vai te levar a sério - o que tu vai falar e vai ouvir! (sujeito 1).

Não procurei porque sei lá... O serviço está tão... As pessoas tão com tanta pressa, que ninguém vai ficar tendo tempo pra te ouvir, assim né? (sujeito 7).

Eu não tenho aquela coragem de procurar um profissional pra conversar assim, ele não tem tempo (sujeito 5).

Nas falas dos sujeitos 1, 5 e 7, constata-se a razão de muitas destas mulheres não falarem sobre as queixas sexuais aos profissionais da saúde. Elas percebem a falta de disponibilidade destes profissionais para um assunto tão delicado e que necessita de tempo e condições para ser comentado.

Outro fator apontado de enfrentamento refere-se à situação limite: **separação conjugal**. Cinco das mulheres entrevistadas relatam já ter pensado na possibilidade de separação em decorrência da falta de perspectiva de melhora em relação ao parceiro e pela desconfiança dos mesmos.

Várias vezes, já pensei em ir embora, só que daí tem alguma coisa que me prende, é filho pequeno, ou até porque eu goste dele, tenho medo de ir embora e me arrepender (sujeito 1).

É muita briga, já pensei em separação. Tu não ter vontade de ter relação e o marido pensando que tu tem outro. Fica difícil. A pessoa fica desconfiada de ti, é muito difícil! (sujeito 5).

A gente tá grávida, fica sensível. A gente não se separa, a gente tem que agüentar tudo no osso, porque vai ser mãe e tal. Mas não dá tem que compartilhar com ele acima de tudo. Ele escuta, mas não reage! (sujeito 4).

A possibilidade de separação é avaliada por estas mulheres frente ao reconhecimento quase que nulo de solução da situação. No entanto, alguns fatores mais fortes as impedem de prosseguirem na sua tentativa de enfrentamento. Os filhos servem de contrabalanço nestas ocasiões. A possibilidade de ter de criar os filhos sem a presença do companheiro é relatada como algo muito difícil, quase impossível. Além disso, a chance de arrependimento da tomada de decisão definitiva causa-lhes medo. E, mais uma vez, a acomodação parece ser a melhor atitude a ser tomada no momento.

8 TODO FINAL É UM INÍCIO

Ao ser concluído o relatório de campo da pesquisa, não se tem a intenção de ter esgotado a temática de estudo ou dado fim à preocupação da pesquisadora em relação às queixas sexuais femininas. Ao contrário, ela é o ponto inicial de uma nova trajetória para os envolvidos (pesquisadora e mulheres, sujeitos do estudo).

A dificuldade sexual não é para ser encarada como uma questão teórica, mas uma vivência prática e cotidiana dos casais. Ela só aparece na experiência do diálogo, que confronta um homem e uma mulher e sua condição de gênero no espaço público, social e privado.

Do mesmo modo que os indivíduos necessitam de ajuda “médica” para resolver ou entender seus conflitos, é necessário à medicina uma compreensão abrangente, técnica e humana, não preconceituosa, da sexualidade, como processo vital dos indivíduos, para poder ajudá-los a construir seu estado de saúde e o exercício pleno da cidadania (CECATTI, 1998).

A preocupação com a qualidade da relação profissional e do usuário torna-se tanto um meio quanto um fim a ser alcançado. A necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica é o objetivo a ser alcançado pelo comprometimento de todos os profissionais para a garantia de atendimento humanizado.

Considera-se, portanto, necessário um permanente processo de reflexão crítica da atuação profissional e dos processos que permeiam os diferentes posicionamentos dos envolvidos, especialmente por parte daqueles que têm maior poder de decisão e conhecimento

no plano das práticas de valorização da subjetividade (TRAVESSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

O processo de humanização do atendimento à clientela vai além da qualidade da relação profissional e clientela: aponta para o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e participação crítica dos atores sociais (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

A proposta de uma prática integral de atenção compreende o ser humano em sua totalidade, e não como um conjunto segmentado, desagregado de sua realidade socioeconômica e cultural, rompendo com o paradigma tradicional, biologicista, possibilitará que as práticas de saúde possam ser repensadas e conseqüentemente, redefinidas (GRIEP; CAMPIOL, 2004).

A entrevista complementar à coleta de exame citopatológico, como possibilidade de escuta e diálogo com as mulheres com queixa sexual, mostrou ser uma atividade terapêutica para elas. As conversas sobre o cotidiano da vida sexual destas mulheres foram um recurso metodológico precioso por permearem esferas variadas de interação social entre a pesquisadora e os sujeitos do estudo. Conversar é uma das maneiras, por meio das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano (SPINK, 2002).

O encontro enfermeira-cliente torna-se uma oportunidade singular, tanto para dedicar tempo à existência de cada indivíduo, como somar, a isso, a relevância do momento presente e necessidade de transcender, partindo do olhar de si em direção ao outro, com segurança e consciência do objetivo possível a ser alcançado.

Neste sentido, foi possível, no estudo, identificar nas mulheres as respostas humanas que cada uma delas direciona a sua saúde sexual.

As entrevistadas, independentemente das diferenças de situação conjugal, de padrões culturais ou de classe social, articulam seus relatos na perspectiva de sair do silêncio, buscando alívio no desabafo com alguém de confiança e que pode ajudá-las a superar estes desencantos.

A confiança na profissional que realizou a coleta de CP foi fator facilitador para falarem sobre suas queixas. Para que isso ocorresse, além da empatia em compartilhar com o outro sua dificuldade, teve-se a preocupação em evitar o desconforto a estas mulheres na escuta atenta de suas aflições. Dando a elas a oportunidade de falarem sobre algo até então velado, com vistas ultrapassarem as barreiras da negação do problema.

No entanto, este enfoque implicou em romper com o modelo tradicional, ligado às questões sexuais femininas que tendem a atribuir causas físicas aos seus problemas, para considerar o psiquismo feminino como a expressão das contradições inerentes à condição de gênero e não, exclusivamente à condição biológica (BURIN, 1990).

Apesar disso, a maioria das mulheres entrevistadas expressa a diminuição da do desejo sexual em consequência de manifestações emocionais traumáticas, físicas, ou relacionadas ao estresse atual, da vida cotidiana e conjugal. Relatam traumas relacionados ao sofrimento com prejuízo à sua saúde mental, que influencia o ambiente conjugal, tornando-as incapazes de despertar qualquer estímulo sexual em função de suas frustração e decepção com o seu passado sexual.

Elas não se dão conta da armadilha social a que estão submetidas, em consequência de serem mulheres e ao mesmo tempo acatarem as cobranças de papéis sociais a elas impostas sem a possibilidade da conquista da igualdade conjugal.

Nesse sentido, as tentativas de enfrentamento são incipientes, apesar de evidente o sofrimento decorrente das vivências sexuais, agarram-se à menor possibilidade disponível: “tábua de salvação”, para deixarem o silêncio, instigando a pesquisadora a assumir com elas a responsabilidade da situação, como porta voz da equipe de saúde.

A caminhada desta pesquisa, ajuda na reflexão de questões que envolvem a saúde da mulher, principalmente no tocante à sua vida sexual e ao modo como é abordada na atenção básica de saúde: evita-se falar sobre no assunto. Aproveitar a oportunidade do exame preventivo de câncer para dar voz às mulheres para que possam expor seus problemas ou dificuldades no que diz respeito à sua vida conjugal, especialmente a sexual, pode representar prevenção primária de câncer e possibilidade de permitir o desvelamento de conflitos íntimos da relação conjugal.

Este estudo é um passo acanhado nessa direção, pois foi realizado por uma profissional da área da saúde, com as dificuldades inerentes de principiante na lida com tal temática. Mas, o desafio maior é dar continuidade na caminhada, investindo na construção conjunta de competências, que abarquem a complexidade das necessidades dos serviços, tendo em vista a redução do sofrimento sexual e melhoria da qualidade de vida das usuárias do sistema público de saúde.

As estratégias para solução dos problemas na área sexual, tradicionalmente oferecidas, não têm sido suficientes porque a sociedade, de modo geral, tem negado às mulheres a

possibilidade de expressarem abertamente suas frustrações, mantendo-as ligadas à obrigação de papéis sociais, muitas vezes, impossíveis de serem cumpridos por se pautarem em relações de poder de desigualdade relativas à intimidade sexual.

Propiciar diálogo e estabelecer programas de atenção e prevenção, com uma visão integral do indivíduo, pode ser uma estratégia de auxílio para que estas mulheres encontrem no profissional de saúde, a confiança que precisem para expressar seus sentimentos e melhorarem suas relações conjugais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSON, Michel. A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS e sua continuidade. In: KNAUTH, DR; VÍCTORA, CG (org.). **Horizontes antropológicos: sexualidade e AIDS**. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Ano 8, n. 17, p.93-100, Porto Alegre: PPGAS, 2002.

BURIN, M; MONCARZ, E; VELASQUEZ, S. **El mal estar de las mujeres: la tranquilidad recetada**. México, DF: Paidós, 1990.

CALDEIRA, T. Mujeres, Cotidianeidad y política. In: JELIN, E. (org.). **Ciudadania e identidad**. Genebra:UNRISD, 1987.

CARVALHO, MP. Vozes masculinas numa profissão feminina. **Revista estudos feministas.Instituto de Filosofia e Ciências Sócias-IFCS/UFRJ**, Rio de Janeiro, CIEC/UERJ, Estudos Feministas, v.6, n.2/98. p. 410,1998.

CECATTI, J.G. Sexualidade e medicina: Comentários sobre a exposição de Marilena Corrêa. In: LOYOLA, M.A. (org). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

COELHO MARQUES, FZ. **Sexualidade do paciente portador de doença crônica não-infecciosa**. Monografia. Pós-graduação da Fundação Mineira de Educação e Cultura, Especialização em Sexologia Clínica. Belo Horizonte: FUMED, 2003.

CORRÊA, M.V. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, M.A. (org). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

DAVENPORT-HINES, R.; PHIPPS, C. No ensaio do amor maculado. In: PORTER, R. TEICH, M. (org) **Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade**. São Paulo: UNESP, 1998. (UNESP/Cambridge).

FOUCAULT, M. **Histoire de la sexualité 1: La volonté de Savoir**. Paris: Gallimard, 1976.

GALVÃO, MTG; CERQUEIRA, AT de AR; MARCONDES-MACHADO, J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QUOL. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p:430-437, mar.-abr. 2004.

GIDDENS, Antony. **A Transformação da intimidade**. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.

GRIEP, R.; CAMPIOL, R. A . W. **Rev. Téc. Cient Enferm**, v.2, n. 8, p.102-9, 2004.

HAWTON, K. **Sex Therapy: a practical guide**. 7.ed. New York: Oxford University Press, 1994.

KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KUSNETZOFF, J. **A mulher sexualmente feliz**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MALDONADO, MT. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério. In: _____. **Psicologia da gravidez, parto e puérprio**. 15. ed. São Paulo: Saraiva. 2000. Cap 1.

PIERRET, J. Elementos para reflexão sobre o lugar e o sentido da sexualidade na sociologia. In: LOYOLA, M.A. (org). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SPINK, M.J.P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

TRAVESSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.80-88, jan.-fev., 2004.

