



ARTIGO ORIGINAL

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO PUERPÉRIO: VIVÊNCIAS DE MULHERES
SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN THE PUERPERIUM: WOMEN'S EXPERIENCES
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PUERPÉRIO: VIVENCIAS DE MUJERES

Giovanna Brunna da Silva Justino¹, Glauce Cristine Ferreira Soares², Nayara Girardi Baraldi³, Iraí Maria de Campos Teixeira⁴, Natália Rejane Salim⁵

RESUMO






Objetivo: compreender como as mulheres lidam com a sexualidade e a vida reprodutiva no período puerperal. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo. Realizaram-se entrevistas com puérperas usuárias de Unidade de Saúde da Família. Apresentaram-se os resultados por meio de figuras e da Análise de Sentidos. **Resultados:** mostraram-se, pelos principais resultados, os desafios para a incorporação das temáticas da sexualidade e do planejamento reprodutivo como parte da atenção à saúde das mulheres no período pós-parto. Expressaram-se as questões de gênero nas formas como as mulheres lidam com seus corpos e a sexualidade. **Conclusão:** torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias educativas e práticas baseadas na integralidade do cuidado, possibilitando espaços de discussão e empoderamento das mulheres de forma a garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. **Descritores:** Período Pós-parto; Anticoncepção; Saúde da Mulher; Sexualidade; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Gênero e Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand how women deal with sexuality and reproductive life in the puerperal period. **Method:** this is a qualitative, descriptive study. Interviews were carried out with puerperal users of the Family Health Unit. Results were presented by means of figures and the Analysis of Senses. **Results:** the main results showed the challenges for the incorporation of sexuality and reproductive planning as part of women's health care in the postpartum period. Gender issues have been expressed in the ways women deal with their bodies and sexuality. **Conclusion:** it is necessary to develop educational strategies and practices based on integral care, allowing spaces for discussion and empowerment of women in order to guarantee their sexual and reproductive rights. **Descriptors:** Postpartum period; Contraception; Women's Health; Sexuality; Sexual and Reproductive Rights; Gender and Health.

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo las mujeres tratan con la sexualidad y la vida reproductiva en el período puerperal. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. Se realizaron entrevistas con puérperas usuarias de Unidad de Salud de la Familia. Se presentaron los resultados por medio de figuras y del Análisis de Sentidos. **Resultados:** se mostraron, por los principales resultados, los desafíos para la incorporación de las temáticas de la sexualidad y de la planificación reproductiva como parte de la atención a la salud de las mujeres en el período postparto. Se expresaron las cuestiones de género en las formas como las mujeres tratan con sus cuerpos y la sexualidad. **Conclusión:** se hace necesario el desarrollo de estrategias educativas y prácticas basadas en la integralidad del cuidado, possibilitando espacios de discusión y empoderamiento de las mujeres para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos. **Descritores:** Período Posparto; Anticoncepción; Salud de la Mujer; Sexualidad; Derechos Sexuales y Reprodutivos; Género y Salud.

^{1,2,4,5}Universidade Federal de São Carlos/UFSCAR. São Carlos (SP), Brasil. ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-3776-6515> E-mail: giovanabrunna@gmail.com ORCID : <https://orcid.org/0000-0003-0124-8174> E-mail: consultoriasermae@gmail.com ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-7305-5473> E-mail: irai.casulo@gmail.com ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-7744-8274> E-mail: nat.salim@gmail.com ³Universidade de São Paulo/USP. São Paulo (SP), Brasil. ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-3159-3123> E-mail: glaucesoares@yahoo.com.br

Como citar este artigo

Justino GBS, Soares GCF, Baraldi NG, Teixeira IMC, Salim NR. Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e240054 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240054>

INTRODUÇÃO

Torna-se necessário, para uma reflexão sobre a maternidade e o período puerperal, memorar a construção histórica sobre as mulheres e seus corpos, na qual o patriarcado, sistema em que os homens detêm poder e privilégios sociais, disseminou a ideia de que as mulheres são inferiores e que seus corpos são vistos como mero objeto, de modo que a autonomia sobre as suas próprias escolhas não é legitimada.

Sabe-se que, no que tange à sexualidade e à contracepção, tidas como principais responsabilidades das mulheres, quando elas não “correspondem” a esse papel, o reflexo são punições sociais por meio de gestações indesejadas, abortos inseguros e do discurso que as responsabiliza e culpabiliza.^{1,2} Explica-se que há, ainda, a atribuição quase sempre unilateral de responsabilidades com os filhos e com o lar, o que leva a recair sobre as mulheres o encargo da prática contraceptiva.³

Observa-se, diante dessa construção histórico-cultural sobre o papel feminino, que a temática dos direitos sexuais e reprodutivos passa a fazer parte da agenda política como resultado da ação dos movimentos feministas focados no controle da mulher sobre seu corpo, vida sexual e reprodutiva, fato que colaborou para que o assunto fosse introduzido nos serviços de atenção à saúde.²

Instituiu-se a primeira definição ampliada dos Direitos Sexuais e Reprodutivos na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994. Estabelecem-se, com base nessa definição, pelo Ministério da Saúde, esses direitos para todas as mulheres como: direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas e direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Destacam-se, dentre os direitos sexuais, o direito ao sexo seguro para a prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/Aids e o direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.^{1,4}

Impacta-se, pela falta da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, diretamente, o aumento da morbimortalidade materna, de mulheres em idade reprodutiva, neonatal e infantil, associada a intervalos curtos de gestações e ao aborto inseguro.⁵ Tem-se, além disso, o acesso a serviços de planejamento reprodutivo como um elemento fundamental para a promoção da igualdade social e econômica, uma vez que mulheres de baixa renda estão em maior risco de uma gravidez não intencional e a falta de possibilidade para decidir sobre a maternidade tende a limitar suas possibilidades de ensino, participação civil e crescimento econômico.⁶

Mostra-se a efetivação dos direitos reprodutivos como um desafio para o contexto brasileiro. Destacam-se, em uma pesquisa realizada no Ceará (CE), alguns dos obstáculos como: a oferta limitada de métodos contraceptivos e a falta de consciência multiprofissional e influência do poder médico, seguidas pelo espaço físico inadequado, falta de capacitação profissional e de uma atenção dialógica que compreenda o contexto de cada mulher.⁷

Alerta-se que, quando se volta a atenção para o puerpério, período compreendido após o parto, a sexualidade é ainda mais deslegitimada, pois as necessidades próprias das mulheres, geralmente, são esquecidas e até negligenciadas frente às demandas da maternidade e ao cuidado com o recém-nascido.⁸

Entende-se que a sexualidade envolve dimensões físicas, psicoemocionais e socioculturais, por isso, é identificada como um aspecto inerente e fundamental na vida de mulheres, bem como de homens. Nota-se, no entanto, que, culturalmente, em especial nos serviços de saúde, a sexualidade é relacionada aos conceitos de reprodução e contracepção, principalmente com as mulheres que estão passando pelo puerpério. Destaca-se, desse modo, o olhar reduzido para esse campo da vida das mulheres, uma vez que o olhar ampliado para a sexualidade, para além das questões reprodutivas, é parte de uma atenção integral à saúde.^{3,9}

Detalha-se, entre os fatores que interferem na saúde da mulher durante o puerpério, que as crenças trazidas pela cultura impactam diretamente a liberdade de escolha e a efetivação do direito das mesmas. Revela-se que, ainda hoje, grande parte das mulheres exerce a maternidade de maneira compulsória, muitas vezes, sem condições para que ela seja segura, socialmente amparada e prazerosa, fato este que evidencia a desigualdade de gênero.^{2,7}

Compreende-se que a assistência à saúde sexual e reprodutiva é altamente permeável aos valores sociais e que, dependendo de como for exercida, pode tanto promover o empoderamento como gerar a sensação de impotência. Tem-se, nessa perspectiva, a atuação de profissionais da saúde como fundamental para a construção de uma relação com as usuárias que possibilite o reconhecimento de suas crenças, suas experiências sexuais e seu entendimento sobre gênero que, por sua vez, estrutura seus relacionamentos afetivo-sexuais.² Necessita-se conhecer seus projetos de vida perante as suas vulnerabilidades e características às condições estruturais em que vivem para compreender suas demandas e, principalmente, o lugar da maternidade e da reprodução em suas vidas.¹⁰

Torna-se possível, por meio da atuação da equipe de saúde no pós-parto e mediante o

desenvolvimento e a implementação de estratégias de educação em saúde, estimular, gradualmente, a autonomia para o autocuidado das mulheres no período pós-parto.¹¹ Objetivou-se, diante dos pontos discutidos, por este estudo, compreender como mulheres moradoras de um bairro popular de uma cidade no interior de São Paulo e usuárias de uma unidade de saúde do território lidam com a sexualidade e a vida reprodutiva no período puerperal.

OBJETIVO

- Compreender como as mulheres lidam com a sexualidade e a vida reprodutiva no período puerperal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, pois teve o seu interesse nas vivências, crenças e valores que não podem ser quantificados.¹² Conduziu-se por meio da perspectiva construcionista e priorizou os discursos e aspectos que implicam a construção da realidade, que tem como foco os sentidos que são produzidos por meio das práticas discursivas presentes nas interações do cotidiano.¹³

Compôs-se o estudo por cinco participantes. Elencaram-se como critérios de inclusão: ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), ter mais de 18 anos completos e ter mais de 40 dias de puerpério, levando em conta que a orientação da espera de 40 dias para a retomada da vida sexual é uma prática difundida e recomendada nos serviços de saúde.

Utilizaram-se, como técnica de coleta de dados, um roteiro com questões sociais e a entrevista semiestruturada, que permite uma interação dialógica e o compartilhar entre as participantes e a entrevistadora, na qual se pôde entrar em contato com diferentes perspectivas de uma realidade. Coletaram-se os dados de janeiro a junho de 2018.

Convidaram-se as mulheres que fizeram parte desta pesquisa para participar do estudo por meio de um projeto de extensão de uma universidade que acontece mensalmente em uma unidade de saúde. Destacam-se, aqui, algumas dificuldades durante a coleta de dados. Agendou-se uma entrevista, entretanto, a participante não compareceu e duas convidadas se recusaram a participar devido à temática do estudo. Determinou-se o número de participantes ao se considerar as respostas das participantes e os objetivos estabelecidos.

Agendaram-se, perante o aceite, as entrevistas conforme o desejo e a disponibilidade de cada convidada, sendo realizada posteriormente no próprio domicílio, conforme a escolha das

participantes. Possibilitou-se, com isso, conhecer o contexto em que as mulheres vivem.

Gravaram-se as entrevistas mediante o consentimento das participantes e estas duraram, em média, cinquenta minutos. Assinou-se, por todas as participantes do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e elas receberam uma cópia do mesmo, sendo que tiveram a identidade preservada, sendo facultativa a sua participação na pesquisa.

Utilizaram-se nomes fictícios a fim de preservar o anonimato. Demonstrou-se, por uma das participantes, durante a entrevista, a necessidade de atendimento terapêutico, dessa forma, foram realizados encaminhamentos.

Transcreveram-se as entrevistas na íntegra e depois iniciou-se o processo de análise e interpretação de dados norteados por meio do referencial da análise dos sentidos. Buscou-se a compreensão dos discursos por meio das releituras do material e da criação de um mapa dialógico para cada entrevista, assim, buscando a identificação de núcleos de sentidos presentes nos relatos.¹³⁻⁴ Procedeu-se, a partir disso, à elaboração de temas que se articulassem sobre os sentidos compartilhados acerca da sexualidade e contracepção no período puerperal.

Seguiram-se, quanto aos aspectos éticos, as normas para pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Aprovou-se o estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob o protocolo CAAE: 74766217.1.0000.5504.

Solicitou-se, inicialmente, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município e, em seguida, da Coordenação da Unidade de Saúde aonde foi feito o primeiro contato com as mulheres e agendada a entrevista.

RESULTADOS

Verificou-se, quanto à caracterização das participantes, que a média de tempo de pós-parto das participantes foi de oito meses, e os dados sociais e obstétricos estão apresentados na tabela 1.

Participante	Idade	Ocupação	Estado civil	Raça/Etnia	Escolaridade	Religião	Dados Obstétricos*
Camila	36	Trabalhadora informal	Casada	Parda	Ensino Médio completo	Evangélica	3G 3PN
Sara	29	Dona de casa	Casada	Preta	Ensino Médio completo	Evangélica	2G 2PN
Joana	20	Dona de casa	Casada	Branca	Ensino Médio completo	Evangélica	1G 1PN
Amanda	19	Dona de casa	Casada	Parda	Ensino Médio completo	Evangélica	2G 1PN
Micaela	22	Dona de casa	Casada	Branca	Ensino Médio completo	Católica	1G 1PN

*G: Gestações PN: Parto Normal

Figura 1. Dados sociais e obstétricos das participantes. São Carlos (SP), Brasil, 2018.

Mostraram-se, na análise dos relatos, os diferentes sentidos presentes nas vivências das puérperas, presentes na figura 2.

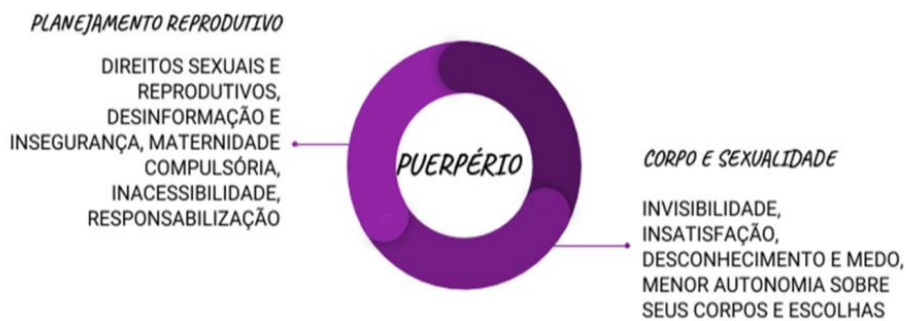


Figura 2. Sentidos referentes ao corpo, sexualidade e planejamento reprodutivo compartilhados pelas participantes no puerpério. São Carlos (SP), Brasil, 2018.

Levou-se, pelo processo de análise, ao encontro de três temas finais: *Corpo e sexualidade: visível ou invisível?*; *Planejamento reprodutivo: maternidade, uma escolha de quem?*; *Métodos contraceptivos: desafios para o acesso e a escolha das mulheres.*

♦ **Corpo e sexualidade: visível ou invisível?**

Observou-se um descontentamento das mulheres em relação aos seus corpos no puerpério. Reflete-se, pela opinião do parceiro, diretamente na forma como as mulheres lidam e veem os seus corpos.

De vez em quando, ele fala: “Ai, sua barriga ficou esquisita, ficou estranha depois do neném.” [...] aí, eu queria emagrecer, mas não consigo [...]. Se o marido não tá reclamando, tá bom. (Sara)

Atreou-se outra percepção negativa que as mulheres tiveram com o próprio corpo após o parto à ideia de que a mulher deve agradar o companheiro.

É uma coisa que, assim, eu não gosto de me olhar no espelho, é uma imagem que eu não gosto de ver, por mais que eu me arrume, eu não consigo me gostar. [...] às vezes, eu coloco minha cabeça pra funcionar tipo homem e acho que, como homem, eu seria muito exigente. Aí, acho que, por isso. Eu fico exigindo muito de mim. (Camila)

Vê-se a vagina como algo feio, que deve ser escondido, que não pode ser olhado e, muito menos, tocado.

Aí, eu acho que é uma coisa tão feia que não é pra ficar se olhando não [...]. Se eu pudesse, mandava arrancar trompa, útero, ovário, tudo [...], jogar tudo no lixo porque isso aqui só serve pra fazer filho e doença. (Camila)

Eu, curiosa, primeira filha, né, coloquei o espelhinho lá e NOSSA! Tomei um susto e não olhei nunca mais. Não olho... volta tudo pro lugar e fica tudo certinho. (Sara)

Ressalta-se que, no pós-parto, o corpo da mulher passa por mudanças hormonais e no assoalho pélvico que regridem gradualmente.

Eu olhei dela (primeira filha) que eu tomei 12 pontos e fiquei assustada. Não olhei nem da outra, que tomei sete pontos. (Sara)

Constataram-se, no entanto, relatos diferentes no contexto, como no caso a seguir, em que a mulher conseguiu enxergar a necessidade de se auto-observar para identificar as mudanças do seu corpo.

Eu olhava sim, com espelho. É normal [...] tem que ver como tá. Eu faço até hoje! (Micaela)

Questionam-se, por este relato, a imposição e a cobrança das mulheres em relação ao seu próprio corpo.

Tem hora que eu paro, falo que eu quero emagrecer pra ficar bonita que nem aquelas mulheres da televisão. Aí, depois, eu paro e penso: “Pra quem isso? Eu tô bem assim!” (Sara)

Presencia-se insegurança em relação ao retorno e à autonomia sobre o próprio corpo que se relaciona à medicalização presente na sociedade

em que o profissional tem o poder de dizer se está tudo bem ou não.

Me falaram: “Volta até um ano aqui pro seu corpo voltar ao normal”. Fiquei tão frustrada que eu nem fui atrás mais, aí, tem coisa que eu sinto e nem reclamo mais, fico quieta. Aí, eu vou falar o quê, né? Eu não sou profissional, não estudei, eu sou só a paciente [...]” (Camila)

Mostrou-se também, além disso, pelos relatos, o quanto a atenção à saúde no pós-parto está voltada ao recém-nascido, o que faz com que as demandas das mulheres, muitas vezes, sejam invisibilizadas.

Só me perguntaram como foi o parto, como que tava, se eu tava respeitando a dieta e só. Não fez exame nenhum, nem olhou, porque eu não tomei ponto [...]. A gente fala mais sobre a neném do que de mim mesmo. (Camila)

Acredita-se que uma das questões importantes para as mulheres é a retomada da vida sexual após o parto, uma vez que são poucos os materiais científicos e espaços informativos disponíveis sobre esse reinício, resultando em uma preocupação das entrevistadas e de seus parceiros acerca das consequências dessa retomada.

Discorre-se, a seguir, pelas mulheres, sobre seus sentimentos e sensações em relação ao retorno da sexualidade no puerpério, e o medo, desconforto físico e falta de libido se mostraram presentes.

No começo, eu tava meio “não quero” [...]. Aí, depois, foi da parte dele, que tava com medo de fazer outro filho [...]. Na primeira vez, eu senti um desconforto, mas deve ser normal, né? (Sara)
Mas acho que, logo depois que eu tive ela (filha), eu fiquei meio frígida. Não sei se por conta de como estava o andamento da relação, não sei se foi por conta do parto, né, porque dizem que você começa querer ser mais mãe e esquece de ser mulher. Eu fiquei fria. Uma coisa assim meio estranha. (Camila)

Acrescenta-se que, no caso do relato abaixo, a participante contou que teve desejo de retomar a vida sexual poucos dias após o parto e ficou com dúvidas sobre o que deveria fazer. Viu-se, nesse relato, o quanto a vivência da sexualidade é individual e o quanto os profissionais da saúde seguem protocolos restritos, generalizados, sem olhar para as individualidades.

Então, na verdade, a doula me falou que eu não precisava esperar os 40 dias; com 20 dias, meu útero já estaria no lugar, aí, eu falei: “Sério? Ai, que bom, graças a Deus!” [...]. Aí, depois, eu falei para o médico ginecologista e ele falou assim: “Não, menina, você tá muito apressada. Você tem que esperar os 40 dias. Não faz mais!” (Amanda)

Levantaram-se, além disso, outros fatores que incomodaram o parceiro, como em relação ao leite materno no momento da relação sexual.

O peito [...]. Ah, ele nem chega perto. Sempre de sutiã. Porque ele não gosta. Pegou nojo desde

a gravidez. Saía aquele colostro, aquele negócio gosmento, e ele já não gostava e eu também não [...]. Depois que secar, quem sabe, volte ao normal. (Sara)

Relatou-se, também, que o cansaço decorrente da amamentação, cuidados com o bebê e tarefas domésticas, exigidos da mulher nesse período, impedem as mesmas de viverem sua sexualidade da maneira desejada.

Aí eu me sinto muito, muito cansada [...] eu tô muito sem disposição, meu corpo está fraco. O bebê tá sugando tudo que eu tenho. (Joana)

Evidenciam-se, pelos relatos, que, muitas vezes, as mulheres se submetem a orientações de pessoas de suas redes sociais. Referiu-se, pela maioria, ter passado por diversas restrições no período denominado “resguardo”, pela conduta de parentes e amigas relacionada à alimentação, repouso, sono e atividade sexual para o puerpério.

Nós respeitamos os 40 dias dos antigos. É pra ficar certinho, né; elas falam que é melhor pra mulher. Minha mãe e esses povo antigo não deixava eu fazer nada, eu tinha que ficar bem quietinha, mas, por mim, eu faria de tudo porque a recuperação foi boa. (Joana)

♦ Planejamento reprodutivo: maternidade, uma escolha de quem?

Traz-se, pela maioria das mulheres, um discurso em que o exercício da maternidade se trata de uma decisão que, muitas vezes, não é compartilhada.

Demonstra-se, pelos relatos abaixo, como o nascimento de um filho acarreta mudanças e sentimentos conflituosos nessas mães diante daquilo que a sociedade espera da mulher no exercício da maternidade.

[...] então, eu falei pra ele que eu não queria filho porque eu não sabia como ia ser [...] mas era o sonho dele, então, eu cumpri o que ele queria, mas, por mim, eu não teria [...]. O mais difícil, assim, é pensar: “Será que eu vou ser uma boa mãe”? Então, eu acho que eu tive mais dificuldade psicológica do que física, assim, de estar com ela. (Amanda)

Encontrava-se a mesma participante da fala acima em uma nova gestação quando foi realizada a entrevista e ela relata a surpresa do descobrimento.

[...] aí, eu fui e deu positivo, eu quase tive um treco, minha bebê com seis para sete meses e eu descobri que tava grávida, como assim? (Amanda)

Citou-se, pelas mulheres, a importância da criação de espaços para tratar sobre o planejamento reprodutivo.

[...] eu acho interessante as mulheres falarem sobre isso porque tem mulher que tem vergonha e se reprime por ter vergonha de comentar sobre isso e, às vezes, a pessoa até pode te ajudar, te dar um conselho, pode ter mais experiência que você e falar o que você pode fazer pra melhorar isso. (Camila)

◆ Métodos contraceptivos: desafios para o acesso e escolha das mulheres

Tornou-se visível nos relatos das mulheres o engajamento das mesmas em fazer o uso de um determinado método, como o anticoncepcional oral, mesmo que não se sintam confortáveis com a medicação e seus efeitos colaterais.

Comprimido é um negócio complicado. Tem que deixar bem na minha cara, pra eu olhar de manhã, lembrar de tomar o bendito comprimido, se não [...]. Preservativo, ele não gosta. Tem um monte aí, mas tem uns três meses que tá lá. (Sara)

Ah! Estava me fazendo mal, eu vomitava, dormia demais [...]. Aí, eu parei de tomar. (Micaela)

Infere-se que, de todas as entrevistadas, apenas uma destacou ter tido acesso às informações previamente.

Eu pesquisei na internet e tive aula na escola, então, eu já sabia para que servia cada um. Então, eu já falei que queria esse (injeção trimestral). (Micaela)

Descreve-se que é notório o desconhecimento sobre a amplitude dos métodos anticoncepcionais entre as entrevistadas, considerando que, quando perguntadas, as respostas foram limitadas ao anticoncepcional oral e ao DIU. Recebe-se, por este último, uma resistência que é influenciada pelo conhecimento e pelas experiências de outras mulheres de suas redes sociais.

Me ofereceram o DIU, mas esse negócio desse DIU, eu não confio nele. Aí, tem um monte de gente que engravida com esse tal desse DIU, que sai do lugar, vai pra um lado, vai pro outro. (Sara)

Eu tava até pensando em colocar o DIU, mas me falaram que era abortivo, aí, já fiquei meio assim e não sei e tô pensando agora qual que eu vou usar. (Amanda)

Prejudica-se, pelas limitações trazidas pela falta de acessibilidade, a garantia dos direitos reprodutivos da mulher.

[...] eu tomei a primeira que tinha no posto, na segunda, já não tinha; fui comprar na farmácia e tava muito caro, então, eu fui no comprimido mesmo, que é mais barato [...]. Você fica dependendo do posto, aí, tem mês que tem e mês que não tem, não tem previsão de chegar [...]. Aí, eu perco um dia de tomar injeção, pronto: já acontece uma tragédia [...] eu pedi pra operar quando eu tava grávida dela, só que não me operaram porque eu ainda não tenho 30 anos. Qual é a diferença? Eu queria fazer a cirurgia. Pelo menos, não corre risco. (Sara)

DISCUSSÃO

Apontam-se, pelos resultados deste estudo, os desafios enfrentados pelas mulheres no pós-parto, na relação com seus próprios corpos, parceiros e planejamento reprodutivo.

Assinalaram-se, pelas mulheres, frustrações em relação aos seus corpos no puerpério, e essa frustração vai além das mudanças inerentes ao

processo de gestação e nascimento, pois é reflexo da ditadura do corpo perfeito imposta pela sociedade, que induz a mulher a se inserir em determinado padrão. Mostraram-se os relatos permeados por uma pressão vivida pelas expectativas de seus parceiros; logo, a autoimagem corporal se mostra fortemente prejudicada, e isso se intensifica ao se atrelar às questões de gênero nas quais homens e mulheres interiorizam e reproduzem responsabilidades e papéis culturalmente construídos.¹⁵

Compreende-se que o patriarcado e a reprodução dos papéis sociais esperados para homens e mulheres também se apresentam na forma da contenção da sexualidade feminina. Ensinam-se, desde sempre, as meninas a deter determinados comportamentos sociais como forma de perpetuar padrões patriarcais e uma dessas imposições é a coibição da libido em função de preservar sua pureza e imagem de dócil, oportuna ao marido e o lar. Reflete-se, muitas vezes, pelo controle por meio adoção de mecanismos de disciplinação, no desconforto das mulheres ao olhar ou tocar seu próprio corpo, principalmente a genitália, colocando este ato como imoral, interferindo diretamente no conhecimento das mesmas sobre seu próprio corpo, já que essas se sentem constrangidas pelos sentimentos de curiosidade sobre si mesmas.¹⁶

Considera-se que existe uma dificuldade das mulheres em olharem sua própria vagina, principalmente quando passam por partos traumáticos e/ou recebem sutura no assoalho pélvico,¹⁷ como foi o caso de uma das entrevistadas, que coloca os pontos como potencializadores dessa dificuldade. Explica-se que, muitas vezes, esses pontos na região perineal podem ser resultantes da episiotomia, uma incisão cirúrgica no períneo para a passagem do feto no momento do parto, enquanto a laceração perineal consiste em um rompimento não intencional dessa estrutura e, em sua grande maioria, são lacerações simples que não causam tantos danos e sofrimento para as mulheres. Tem-se, pelas novas diretrizes e boas práticas de atenção ao parto do Ministério da Saúde,¹⁷ cada vez mais desestimulado a realização de episiotomia, porém, essa ainda se dá como uma prática recorrente nos serviços de saúde.¹⁸

Relatou-se, pelas mulheres deste estudo, ter períneo íntegro e lacerações espontâneas de primeiro ou segundo grau. Lembra-se, entretanto, que é importante dizer que muitas mulheres não são informadas sobre a realização da episiotomia no momento do parto e, muitas vezes, só vão saber que o procedimento foi realizado posteriormente, o que se configura como um tipo de violência obstétrica.¹⁹

Considera-se que essas questões refletem diretamente na vida sexual e na forma que as

mulheres vivenciam a sexualidade, e é importante considerar que o autoconhecimento da mulher favorece a melhora da autoestima e a ajuda a lidar com os cuidados e mudanças do corpo. Merece-se, nesse contexto, a temática da sexualidade maior atenção.

Torna-se evidente a dificuldade de abordar a sexualidade nos serviços de saúde, principalmente com mulheres em período puerperal, visto que essa temática é pouco valorizada e os profissionais possuem poucas ferramentas e estratégias para abordar esse assunto. Admite-se que as orientações sobre o retorno da sexualidade são difusas, principalmente em relação ao "resguardo", que é passado de maneira distinta, dependendo do profissional. Informa-se que o "Myles Textbook for Midwives", um livro voltado para profissionais da Obstetrícia, afirma que a maioria das mulheres é capaz de retomar o sexo sem dor seis semanas após o parto, mas não é uma regra. Conclui-se, pelo autor de um recente compêndio de diretrizes baseadas em evidências científicas na área da Obstetrícia, que não há evidências suficientes sobre o período de quarenta dias para a retomada da vida sexual após o parto.²⁰

Acrescenta-se que o que fica claro, a partir dos discursos das entrevistadas, é que faltam informações para as mulheres, o que gera a vulnerabilidade das mesmas, que ficam à espera de um "tempo certo de resguardo". Corroboram-se, por uma pesquisa australiana, as experiências trazidas pelas participantes, uma vez que as mulheres estudadas retomaram algum tipo de atividade sexual após cerca de seis semanas do parto (53%). Pode-se esse intervalo de tempo ter sido influenciado por diversos fatores, mas, em geral, demonstra a necessidade de o casal esperar a confirmação de uma normalidade do corpo após os eventos ocorridos no parto e após ele.²⁰

Trazem-se, em uma pesquisa realizada com mulheres que pariram nas décadas de 60 e 70, experiências que confirmam que as crenças influenciam diretamente a recuperação da puérpera, considerando que parentes mais próximos e de gerações mais antigas acreditam no seguimento de repouso absoluto e o retorno progressivo de suas atividades por quarenta dias. Usam-se algumas segregações, tais como reclusão, proibições sexuais e alimentares, trazidas no puerpério para integrar a mulher em um novo papel social: o da maternidade.²¹⁻²

Apresentam-se, diante disso, os serviços de saúde como locais privilegiados para estabelecer diálogos intergeracionais entre as crenças, culturas e o cuidado que respeite as individualidades e possibilite trocas para que as vozes das mulheres sejam ouvidas e que elas possam fazer suas próprias escolhas no puerpério.

Detalha-se, nesse contexto, e perante o exposto, que a atenção primária tem o potencial

de desenvolver ações que promovam e garantam os direitos das mulheres. Devem-se as ações educativas englobar o planejamento reprodutivo, a sexualidade após o parto, o exercício da autonomia sobre ter ou não filhos e o aconselhamento contraceptivo, uma vez que o conhecimento dos métodos pode contribuir para que as mulheres se sintam mais confiantes para escolher o mais adequado para si.^{3,10}

Favorece-se, pela falta de compartilhamento sobre a decisão de ter ou não filhos, o sentimento de insegurança vivenciado pelas puérperas em relação ao exercício da maternidade, que é esperada na execução do papel materno, considerando que o esperado é que as mulheres assumam a maior parte das responsabilidades.^{2,16}

Alerta-se que os serviços de saúde têm o potencial de criar espaços para a discussão acerca do planejamento reprodutivo, visto que muitas mulheres acabavam tendo gestações consecutivas, sem terem sido abordadas sobre sua vontade, preparação ou condições, tanto delas quanto de seus parceiros.⁵ Levanta-se, por um estudo, a insatisfação das puérperas em relação ao planejamento familiar recebido em que 61% referem não ter tido suas necessidades atendidas. Acredita-se que esse tema é de grande relevância, visto que são altas a morbidade materna, neonatal e infantil e as taxas de mortalidade na primeira infância associadas a intervalos curtos de gestações, particularmente àqueles menores de 18 meses. Deve-se o papel da equipe de saúde se atentar à criação de vínculo com as puérperas a fim de colaborar com alternativas para oferecer escolhas conscientes nesse período. Pode-se, além disso, pelos programas baseados na comunidade, aumentar o uso de métodos contraceptivos eficazes no período pós-parto.⁵

Cria-se, pelas relações assimétricas de gênero, um ambiente em que apenas as mulheres são motivadas para a prática contraceptiva, com a noção que somente elas engravidam, ignorando a gravidez como fato social que perpassa a dimensão biológica. Caracteriza-se, pelo empenho tecnológico sobre maior eficácia dos métodos femininos, a noção de que a responsabilidade pelo controle da fecundidade e de seus fracassos cabe às mulheres, criando um cenário cultural de maior responsabilização das mulheres e a minimização da participação dos homens na contracepção.³

Revela-se, pelos relatos compartilhados neste estudo, que existe a crença de que o DIU seja um método abortivo, o que passa por questões religiosas. Merecem-se, além disso, as concepções equivocadas sobre a adequação de métodos permanentes para mulheres no pós-parto uma maior exploração pelos profissionais de saúde.

Levantam-se, em um estudo realizado com mulheres em Teresina-PI, resultados parecidos, visto que a maioria das mulheres relata saber

Justino GBS, Soares GCF, Braldi NG, *et al.*

apenas para que servem os métodos e como usá-los, desconhecendo as desvantagens dos métodos que faziam uso.²³ Menciona-se, quanto às camisinhas masculinas, pelas mulheres de outra pesquisa, que seus parceiros não gostam de utilizar e, assim, somente elas se responsabilizam pela ação de evitar a gestação,⁷ mesma experiência trazida nos relatos das mulheres deste estudo.

Apoia-se, por estudos, quanto ao processo de inserção do dispositivo intrauterino (DIU) no pós-parto, como recomendação para puérperas que desejam evitar a gravidez de repetição precoce, mas eles enfatizam a necessidade de melhorar o aconselhamento pós-natal, que disponha de informações completas sobre todas as opções, de forma a adequar-se ao seu estilo de vida, necessidades e desejos, possibilitando a escolha de um método de contracepção sem coerção ou fatores extenuantes, influenciando inadequadamente a decisão do paciente.^{5,24-5}

Recomenda-se, pela Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96),²⁶ que a oferta de métodos reversíveis de controle da natalidade seja gratuita pelo SUS, entretanto, essa oferta, em muitos locais, ainda é insatisfatória. Condiciona-se, além disso, pela lei, a realização da esterilização a uma autorização do parceiro para quem a realiza, confrontando direitos de autonomia corporal e contrariando princípios das políticas públicas, uma vez que essa obrigatoriedade impede a realização do planejamento reprodutivo de maneira livre e incondicional. Deve-se, entretanto, ainda que grande parte das mulheres refira desejar as esterilizações, essa escolha ser problematizada junto com as mulheres para que possam fazer escolhas de forma consciente e informadas com base na garantia de seus direitos.

Relatou-se, na prática, pelas mulheres, apenas ter recebido informações sobre determinados métodos, sem uma efetiva participação ou abertura para dúvidas. Entende-se que uma alternativa utilizada para diminuir a responsabilização das mulheres nesse período é o incentivo à tomada de decisão compartilhada, onde a equipe de saúde é corresponsável por contribuir com seu conhecimento científico, enquanto o casal fornece conhecimento sobre seus próprios valores e preferências. Apontou-se, em um estudo, que mulheres que relataram ter compartilhado a tomada de decisões durante o aconselhamento contraceptivo estavam mais propensas a ficar satisfeitas com a experiência de planejamento reprodutivo.²⁷

Verificou-se, em um estudo realizado com usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, uma carência de informações fundamentais sobre métodos, em especial, quando o foco eram a funcionalidade, as indicações e as contra-indicações, bem como a efetividade dos

Saúde sexual e reprodutiva no puerpério...

mesmos. Demonstra-se, por esse desconhecimento, apontado pelo estudo, que as mulheres saem desses espaços sem informações suficientes sobre o uso, os efeitos colaterais e os possíveis riscos e benefícios provenientes dos métodos contraceptivos, comprometendo a efetividade dos direitos reprodutivos e sexuais das mesmas. Considera-se imprescindível, pelo estudo, o esclarecimento claro e individual por meio de uma comunicação interpessoal para assegurar que a puérpera seja socialmente responsável e capaz de se posicionar frente à sua saúde sexual e reprodutiva.^{7,23}

Aconselha-se, considerando que a experiência da puérpera é um componente essencial da qualidade da atenção à saúde individualizada e integral, bem como o fato de que a troca de informações favorece o desenvolvimento de autonomia de escolhas da mulher nesse período, que a equipe de saúde tem papel fundamental na promoção da saúde das mulheres no puerpério e na garantia de seus direitos, de forma a promover espaços de discussão e empoderamento.

CONCLUSÃO

Mostrou-se, neste estudo, que as temáticas da sexualidade e do planejamento reprodutivo no puerpério ainda pertencem à esfera da invisibilidade, uma vez que, nesse período, culturalmente, a mulher deve estar voltada para a maternidade. Entende-se que questões de gênero estão presentes nas relações com o parceiro e na forma como as mulheres lidam com seus próprios corpos e a sexualidade. Limita-se o modelo de atenção à saúde biologicista e fragmentado, muitas vezes, a voltar a atenção às demandas do recém-nascido, fato que impede que as mulheres tenham espaço para compartilhar as suas experiências, dúvidas e angústias.

Torna-se necessário que a equipe de saúde, que atua no atendimento com mulheres em período puerperal, compreenda a necessidade da criação de vínculo e o desenvolvimento de espaços de discussão nos serviços de saúde de forma a garantir os direitos sexuais e reprodutivos das puérperas, contribuindo para a sua autonomia e escolha dos métodos contraceptivos, facilitando uma mudança cultural e diminuindo a desigualdade de gênero por meio do empoderamento e encorajamento dessas mulheres a vivenciar sua sexualidade e a realizar as suas escolhas com liberdade, segurança e autonomia.

Pretende-se, dessa forma, por este estudo, além de ouvir as vozes das mulheres, reconhecer que se fazem necessários ouvir os profissionais de saúde e conhecer os desafios dos serviços na implantação de programa e ações educativas em planejamento reprodutivo para a compreensão completa cenário e para a implementação de novas práticas. Aponta-se, por este estudo, a

necessidade do desenvolvimento de novas investigações que possibilitem propostas e mudanças no cenário da atenção à saúde das mulheres.

FINANCIAMENTO

CNPq

AGRADECIMENTOS

As participantes por compartilharem suas vivências e possibilitarem o desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brandão ER, Cabral CS. From unplanned pregnancy to contraception: contributions to the debate. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00211216. Doi: [10.1590/0102-311X00211216](https://doi.org/10.1590/0102-311X00211216)
2. Mattar LD, Diniz CSG. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. *Interface comun saúde educ*. 2012 Jan/Mar;16(40):107-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
3. Cabral CS. Interconnections between contraception, sexuality, and gender relations. *Saúde Soc*. 2017 Oct/Dec; 26(4):1093-1104. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017000001>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2018 Aug 08]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf
5. Moore Z, Pfitzer A, Gubin R, Charurat E, Elliott L, Croft T. Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low- and middle-income countries. *Contraception*. 2015 July;92(1):31-9. Doi: [10.1016/j.contraception.2015.03.007](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.03.007)
6. UNFPA. *Mundos Distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade. Situação da População Mundial em 2017* [Internet]. New York: UNFPA;2017 [cited 2018 Dec 15]. Available from: https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/ReportUNFPA2017_SaudeDireitosReprodutivosDesigualdade.pdf
7. Santos RB, Barreto RM, Bezerra ACL, Vasconcelos MIO. Process of restructuring of a family planning: construction of female autonomy at a Healthcare center in Ceará. *RECIIS*. 2016

July/Sept;10(3):1-10.

Doi:

<http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v10i3.1074>

8. Adamcheski JK, Wierzchowicz AM. Women's knowledge related to puerperium period. *Saúde Meio Ambiente*. 2013 Jan/June; 2(1):69-83. Doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v2i1.411>

9. Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard, L, Reissing, E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité-partie 1. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*. 2016 Oct; 45(8):796-808. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>

10. Higgins JA, Smith NK. The Sexual Acceptability of contraception: reviewing the literature and building a new concept. *J Sex Res*. 2016 May;53(4-5):417-56. Doi: [10.1080/00224499.2015.1134425](https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1134425)

11. Mercado NC, Souza GDS, Silva MMJ, Anselon MG. Nursing care and guidelines for puerperae in rooming-in. *J Nurs UFPE on line*. 2017 Sept; 11(9):3508-15 Doi: [10.5205/revol.10620-94529-1-SM.1109sup201702](https://doi.org/10.5205/revol.10620-94529-1-SM.1109sup201702)

12. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21th ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2007.

13. Spink MJ. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.

14. Potter J. Discourse analysis and constructionist approaches available. In: Richardson JTE, editor. *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester: BPS Books; 1996. p. 125-40.

15. Medeiros F. The "invisible" beauty's dictatorship in Brazil: an ethnocentric question. *Rev Antropología del Cuerpo* [Internet]. 2015 July/Dec [cited 2018 Aug 10];0:38-50. Available from:

<https://giiac.files.wordpress.com/2015/07/a3f.pdf>

16. Costa LP, Rabay G. Patriarcado e sexualidade: uma análise sobre a mulher presente nos webcomics "Garota Siririca". In: XII CONAGES - Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidade. Anais do XII CONAGES - Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidade [Internet]. Campina Grande: Realize; 2016 [cited 2019 Jan 15]. p. 1-10. Available from: https://editorarealize.com.br/revistas/conages/trabalhos/TRABALHO_EV053_MD1_SA10_ID1183_23052016221400.pdf

17. Colla C, Paiva LL, Ferla L, Trento MJB, Vargas IMP, Santos BA, et al. Pelvic floor dysfunction in the immediate puerperium, and 1 and 3 months after vaginal or cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018 Oct;143(1):94-100. Doi: [10.1002/ijgo.1256](https://doi.org/10.1002/ijgo.1256)

18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Aug 10]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
19. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Rev bras crescimento desenvolv hum.* 2015;25(3):377-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
20. [MCDonald](#) EA, [Brown](#) SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG.* 2013 June; 120(7):823-30. Doi: [10.1111/1471-0528.12166](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166)
21. Genep AV. Os ritos de passagem. 2nd ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
22. Matos ML, Arruda LC. O uso da memória para investigação de ritos no parto e “resguardo” em Santarém (PA). *Percursos* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sept 06];2(1):10-22. Available from: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/pe/article/view/6285>
23. Lima PVC, Rocha RDL, Nery IS, Silva JCP. Use of contraceptive methods by users of a basic health unit. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2018 Apr 05];4(1):11-8. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1715/pdf>
24. Cwiak C, Cordes S. Postpartum intrauterine device placement: a patient-friendly option. *Contraception and Reproductive Medicine.* Biomed Central. 2018 Apr;3(3):01-05. Doi: [10.1186/s40834-018-0057-x](https://doi.org/10.1186/s40834-018-0057-x)
25. Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 July;217(1):01-55. Doi: [10.1016/j.ajog.2017.02.036](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.036)
26. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (BR). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1996 Jan 12 [cited 2018 Jan 12]. Available from: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/490199.pdf>
27. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception.* 2017 May;95(5):452-5. Doi: [10.1016/j.contraception.2016.12.010](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010)

Submissão: 08/03/2019

Aceito: 21/05/2019

Publicado: 22/06/2019

Correspondência

Natália Rejane Salim

E-mail: nat.salim@gmail.com



Todo conteúdo desse artigo foi licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)