



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ana Carolina Macedo de Oliveira

Cláudia da Silva Lopes

Mayron de Oliveira Melo

**Sentimentos Vivenciados pelas Mulheres no Retorno da Vida
Sexual após o Parto**

Sorocaba/SP
2013

Ana Carolina Macedo de Oliveira
Cláudia da Silva Lopes
Mayron de Oliveira Melo

Sentimentos Vivenciados pelas Mulheres no Retorno da Vida Sexual após o Parto

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para obtenção do grau de
Enfermeiro.

Profa. Ms. Ruth Bernarda Riveros
Jeneral.

Sorocaba/SP
2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Banca examinadora

Ass: _____

Profa. Ms. Ruth Bernarda RiverosJeneral / PUC-SP
Orientadora.

Ass: _____

Profa. Dra. Leni Boghossiam Lanza / PUC-SP

Ass: _____

Profa. Dra. Dirce Setsuko T. Tacahashi / PUC-SP

AGRADECIMENTO

Agrademos a Deus, acima de tudo, por ter me dado forças e discernimento.
Soli Deo Gloria.

Aos nossos pais e irmãos, pelo amor incondicional a nós ofertado e pela contribuição a minha formação.

Ao Nicholas Angelo, pela paciência, pelo ombro amigo, pelo incentivo e confiança.

Ao Thiago Ferraz, pela paciência, pelo ombro amigo, pelo incentivo e confiança.

A nossas queridas amigas Maria Flávia e Maria Regina e Mayra que estiveram ao nosso lado nos momentos mais difíceis da graduação e também nos momentos mais alegres.

A nossa orientadora Profa. Ms. Ruth Bernarda RiverosJeneral, pelo incentivo e pela presença, durante todas as fases do projeto.

As equipes das unidades básicas da Vila Sabiá, Vila Haro e Barcelona.

A turma LVII do curso de Enfermagem da PUC/SP.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo revelar os sentimentos vivenciados pelas puérperas no retorno da vida sexual após o parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva e quali-quantitativa. Foram entrevistadas quinze puérperas de parto normal moradoras no município de Sorocaba. As entrevistas foram gravadas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS dos Bairros Sabiá, Vila Haro e Barcelona. A organização dos dados foi realizada a partir do Discurso do Sujeito Coletivo. Os relatos foram agrupados em ideias centrais, totalizando nove: percepção do corpo, influência da dor, sentimento da mãe em relação à criança, envolvimento do marido no retorno à vida sexual, envolvimento da mulher no retorno da vida sexual, o sentimento da mulher em relação à vida sexual, o sentimento da mulher em relação à dor, motivos da espera para o retorno da vida sexual. Os resultados revelam que nesse período a mulher está voltada às mudanças que ocorrem em seu corpo, associado não só ao ganho de peso, também a auto imagem e a baixa auto estima, o medo da dor e divisão de papéis como esposa e mãe.

Palavras-chave: Sexualidade; corpo; mulher.

ABSTRACT

This study aimed to describe the experience of the mothers in relation to the feeling experienced in return of sexual life after childbirth. This is a descriptive and qualitative research. The instrument used was the technical work of the Collective Subject Discourse. Were addressed fifteen mothers of normal birth residents in the municipality of Sorocaba. The interviews were recorded in the Basic Health - UBS of Neighborhoods Sabia, Vila Haro and Barcelona. In the analysis, the reports were grouped into core ideas, totaling nine: body awareness, influence pain, feeling the mother to the child, her husband's involvement in resuming sexual activity, involvement of women in return of sexual life, the woman's feeling about her sexual life, the woman feeling regarding pain, reasons for waiting until the return of sexual life. The results show that during this period the woman is more concerned about the changes that occur in your body, not only associated with weight gain, but also linked self image and low self esteem, fear of pain and division of roles as wife and mother.

Keywords: Sexuality; body; woman.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO GERAL	13
3. METODOLOGIA.....	13
3.1. LOCAL DA PESQUISA	13
3.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	14
4. ANÁLISE DOS DADOS.....	14
5.RESULTADOS	16
6.DISSCUSSÃO	21
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
8. REFERÊNCIAS.....	29

APÊNDICES

APÊNDICE I – TCLE

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO

APÊNDICE III – PERGUNTA NORTEADORA

LISTA DE FIGURAS

1. Figura 1: Renda das Puérperas em Salários Mínimos (%).....	16
2. Figura2: Estado Civil das Puérperas (%).....	16
3. Figura 3: Raça das Puérperas (%).....	17
4. Figura 4: Escolaridade das Puérperas (%).....	17

1. INTRODUÇÃO

Na antiguidade Aristóteles acreditava que a reprodução fazia parte de um dos instintos primordiais que levavam o homem e a mulher associar-se mutuamente, de modo que o homem dominava e a mulher era dominada ⁽¹⁾.

Somente na segunda metade do século XVIII descobriu-se que a mulher era fértil e participava na fecundação com contribuição igual ao homem. Charles Darwin (século XIX) apresenta uma nova interpretação onde sexualidade e reprodução eram vistas, de maneira separada, vinculando a sexualidade ao prazer ⁽¹⁾. Não se pode falar em totalidade da mulher enquanto pessoa sem falar do corpo e da sexualidade ⁽²⁾.

Durante o desenvolvimento o ser humano está inserido em diferentes grupos como: família, escola, amigos e religião que irão influenciar como o indivíduo vai vivenciar a sexualidade em suas relações sexuais ^(1,2,3,4).

Segundo Mello e Neme (2006), *“o período pós-parto, ou puerpério, é o intervalo entre o parto e a volta do corpo da mulher ao estado anterior à gestação, onde as modificações locais e sistêmicas, causadas pela gestação no organismo materno retornam a situação do estado pré-gravídico”*. Até o 10º dia do pós-parto é considerado puerpério tardio: do 11º dia ao 45º dia do pós-parto, puerpério remoto: do 46º dia até a completa recuperação das alterações imprimidas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais ovulatórios normais ⁽⁵⁾.

A mulher apresenta transformações que não ocorrem somente no âmbito fisiológico, endócrino e genital, mas na sua totalidade, enquanto pessoa ⁽²⁾. Neste período, os hormônios estrogênios e progesterona estão em déficit, o que explica as queixas das mulheres, da diminuição da libido e lubrificação vaginal ⁽⁶⁾.

O estrogênio é responsável pela elasticidade e viscosidade da pele e mucosa vaginal. O assoalho pélvico é a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga, sendo responsável por diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e na estabilização do tronco. Além disso, essa musculatura permite o intercuro sexual e o parto ⁽³⁾.

A via de parto e a gravidez são fatores de risco para as alterações da força muscular do assoalho pélvico ⁽³⁾. Estas podem resultar em vaginismo ou anorgasmia durante o coito ⁽¹⁾.

As lesões no assoalho pélvico e na vagina demoram cerca de 3 a 6 semanas para cicatrizarem, motivo pelo qual é proposto para as mulheres aguardarem os 40 dias após o parto para retornarem a ter uma vida sexual ativa ⁽³⁾.

Algumas mulheres relacionam a razão pela espera ao retorno da vida sexual com fontes de informações externas, como o médico e mídia ⁽²⁾. Muitas mulheres, no pós-parto tardio, queixam-se da ausência do desejo sexual e da dispareunia, seqüela habitual, pelas episiotomias e pelos tocotraumatismos diversos ocasionados durante a passagem do feto ⁽⁷⁾. Esta afirmação se fundamenta quando analisamos os significados atribuídos ao restabelecimento da musculatura vaginal, a episiotomia quando suturada diminui o diâmetro do diafragma vulvovaginal ⁽⁸⁾. As modificações de ordem corporal, hormonal que ocorrem durante o pós-parto são muito conhecidas e vivenciadas pelas mulheres, não só no plano físico, mas também no plano dos sentimentos, na forma de ver a si mesma e de se relacionar na sociedade ⁽²⁾.

Entre 6 a 8 semanas após o parto o retorno à vida sexual pode não ser satisfatório devido a congestão vascular lenta, em seguida ao estímulo, subordinada à turgência da vulva e à lubrificação excessiva da vagina, com distensão concomitante desse órgão, desaparecendo suas rugosidades levando a constrição muscular reduzida ⁽⁷⁾.

O Pós-parto é um período de reduzida ou ausente atividade sexual, especialmente em relação ao coito para a maioria das mulheres, que têm imensas razões para tal desde o cansaço inerente à gravidez e ao próprio parto, até à preocupação com as responsabilidades maternas, para além de que a sua genitália demora algum tempo para se recuperar do parto, particularmente se ocorreu uma episiotomia ou laceração. Por outro lado, os baixos níveis de estrogénio tendem a reduzir a lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável ⁽⁹⁾.

Em muitas sociedades há um forte tabu sexual durante o pós-parto e o período de lactação ⁽¹⁰⁾. Os tabus e mitos são passados de geração em geração, como a crença de não lavar a cabeça durante os 40 dias, pois poderia aparecer a loucura. Muitas mulheres não compreendem estas crenças, mas as fazem por que suas mães ou avós disseram o que deveriam fazer ⁽¹¹⁾.

Já com relação à lactação e/ou amamentação para muitas mulheres a mama é vista como o alimento do filho, onde não deve ser tocada e é importante lembrar que durante toda a fase da amamentação existe uma baixa produção de estrogênio, o que interfere negativamente ⁽¹²⁾.

Segundo BIA (2010), a proibição das relações sexuais após o parto durava até o desmame, frequentemente muito tardio ⁽¹⁾. Com o avanço da medicina no diagnóstico e tratamento das intercorrências estes tabus estão sendo cada vez mais desmistificados, ficando à escolha da mulher e do parceiro o momento mais apropriado para o retorno do cotidiano e da vida sexual, após o resguardo ⁽¹¹⁾.

Segundo Stefanello (2008), os medos que mais acometem as mulheres são: a dor durante a relação, o receio de uma nova gestação e a não satisfação do parceiro. Fatores como a baixa autoestima situacional relacionada com a autoimagem, a diminuição da libido, a presença constante da secreção do leite materno desestimulam o desejo das mulheres a reiniciarem a relação ⁽¹¹⁾. Fatores como a episiotomia acabam adiando ainda mais o retorno à vida sexual, pois a dor sentida durante a relação sexual interfere de forma negativa na saúde sexual e na prática da relação, causando insatisfação nas mulheres e, durante o puerpério a fraca motivação para o retorno a atividade sexual, tendo sido sustentada pela dor e desconforto durante a penetração ⁽²⁾. Por muitas vezes o incentivo ao retorno sexual parte do homem. Sendo 54% das vezes, o companheiro que toma a iniciativa, 45% são ambos e 1% a mulher ⁽⁴⁾.

Após o nascimento do bebê o casal se encontra num período onde a mulher apresenta desinteresse pela vida sexual por fatores hormonais e culturais ou por estarem emocionalmente imbuídas no papel de mãe, de “pureza” e de negação da eroticidade. Já o homem encontra-se em um dilema entre a ansiedade pelo retorno da vida sexual e o medo de que esta atividade traga riscos para a sua parceira ⁽¹³⁾. Mesmo mergulhada no mundo de seu bebê, começa gradativamente a exercitar e experimentar pequenos distanciamentos até que, percebendo-se mais segura na função materna, consegue emergir parcialmente e retomar outras funções. É possível perceber que o papel materno interfere na relação sexual, pois existe a preocupação com o bebê e com os cuidados dele, a experiência materna, a vivência da dependência total do recém-nascido, das mudanças do corpo, tudo leva a uma mudança no padrão de comportamento sexual do casal ^(2,12). Mesmo não podendo

ou não conseguindo se entregar inteiramente à relação sexual, elas se percebem desejosas ou cobradas a reassumirem sua vida sexual ⁽¹⁰⁾.

Sabemos que a adaptação do papel de ser mãe não é fácil, pois é necessário considerar todas as demais atividades que envolvem a figura materna, como ser esposa, mãe e dona de casa ⁽¹⁴⁾. Embora a sociedade cobre da mulher que desempenhe a maternidade em toda sua plenitude, esses não são os únicos papéis exercidos em sua vida e com o tempo essa mulher começa a se sentir sufocada, insatisfeita e receosa de uma possível aniquilação como indivíduo, singular, autônomo, possuidor de desejos e necessidades ⁽¹⁰⁾.

A partir daí a mulher percebe que é necessária uma reeducação de si mesma para aprender a priorizar as necessidades mais urgentes e observa que ela consegue administrar seu tempo ⁽¹⁴⁾.

Mesmo quando a vulnerabilidade física e certos receios ou medos são ultrapassados com o tempo, outros obstáculos a uma sexualidade satisfatória podem permanecer, como o excesso de tarefas parentais, excessiva ansiedade e preocupação. Marido e mulher olham menos um para o outro e mais para o bebê, podendo ao mesmo tempo cada um deles sentir que o outro não reconhece o seu valor e trabalho, ou até mesmo sentir-se rejeitado ⁽⁹⁾.

Todas essas alterações e medos devem ser abordados pelo enfermeiro durante o pré-natal ou na consulta agendada para a mulher após o nascimento do bebê, pois é neste momento que as dúvidas aparecem e podem fazer a diferença no cuidado puérpera/RN e mulher/marido, tornando essa relação mais fortalecida ou não. A sexualidade é outro ponto que também deve ser abordado pelo enfermeiro, já que este período ainda é desconhecido para muitas mulheres; mas para algumas, sexualidade é um assunto pertinente ao casal e os problemas devem ser resolvidos entre eles. O diálogo com o companheiro mostrou-se muito importante para o relacionamento, porém nem sempre é o que acontece ⁽²⁾.

Neste período a mulher precisa de apoio familiar e social para enfrentar as alterações que ocorrem em sua mente e corpo, necessitando de ajuda para compreender e desenvolver o seu novo papel ⁽¹⁴⁾.

Por estes motivos o estudo tem por finalidade identificar e esclarecer a importância do tema.

2. OBJETIVO

Identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres no retorno da vida sexual após o parto.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quali-quantitativa. Para tanto utilizou para organizar os dados, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo ⁽¹⁵⁾ e Organização Temática ⁽¹⁶⁾.

3.1. LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde localizadas nos bairros Barcelona, Vila Sabiá e Vila Haro, do município de Sorocaba.

3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram quinze mulheres, todas primíparas e multíparas de parto normal no período de três a sete meses após o parto, independentemente da idade, do estado civil, não sendo fundamental se amamentou, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) e com autorização dos respectivos responsáveis legais nos casos de menores de 18 anos. Todas foram orientadas de acordo com os procedimentos éticos e legais vigentes.

A participação na pesquisa não implica em riscos diretos para o sujeito, visto que as entrevistadas e suas identidades foram mantidas em sigilo. Mas podem ocorrer riscos mínimos durante a coleta, transcrição e interpretação do conteúdo das entrevistas.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e seguimos todas as normas e orientações, bem como conhecemos as mesmas e exigimos corresponsabilidade de todas as participantes.

3.3. COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual e gravada em áudio. Para a entrevista foi aplicada uma questão norteadora (Apêndice II), com o objetivo de identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres no retorno da vida sexual após o parto.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados e analisados segundo a metodologia de Discurso do Sujeito Coletivo ⁽¹⁵⁾. Trata-se de um processo metodológico próprio da pesquisa quali-quantitativa que utiliza a estratégia discursiva visando tornar mais clara uma representação social presente no discurso que é o modo como às pessoas pensam ⁽¹⁷⁾. Esse método consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos provenientes de depoimentos reais.

A primeira figura é composta de *expressões-chave* (ECH) que são as partes ou fragmentos das falas das entrevistas, contínuos ou descontínuos, os quais vão expressar a essência do discurso ou a teoria subjacente ⁽¹⁵⁾. Na seleção do material, buscamos depurar o que é irrelevante e secundário, para ficarmos com aquilo que é essencial nos discursos analisados, além de facilitar a construção dos mesmos ⁽¹⁶⁾.

Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo
1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular;
2. Identificação da idéia central de cada uma dessas expressões-chave;
3. Identificação das idéias centrais semelhantes ou complementares;
4. Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese, que é o chamado Discurso do Sujeito Coletivo.

Através desse recurso metodológico tornamos a fala genérica e abstrata numa fala do social, pois conforme o autor frisa um discurso social só pode ser construído pela abstração, pela forma de um mesmo discurso.

A ideia central descreve da maneira mais sintética e precisa o sentido e o tema das expressões chaves de cada um dos discursos analisados. O tema diz respeito ao assunto em pauta (sobre o que está falando) e a ideia central é a expressão do que se quer dizer. Finalmente, o Discurso do Sujeito Coletivo trata da reunião das expressões-chave que tem a mesma ideia central.

5. RESULTADOS

Foram entrevistadas 15 puérperas, residentes no Município de Sorocaba, com idade entre 18 e 36 anos, resultando em uma idade média de 27,2 anos, sendo 93,4% Brancas, 40% possuem o Ensino Médio Completo, 53,6% vivem com uma renda familiar de até 3 salários mínimos e 46,6% são amasiadas.

Estes dados seguem dispostos em forma de gráficos:

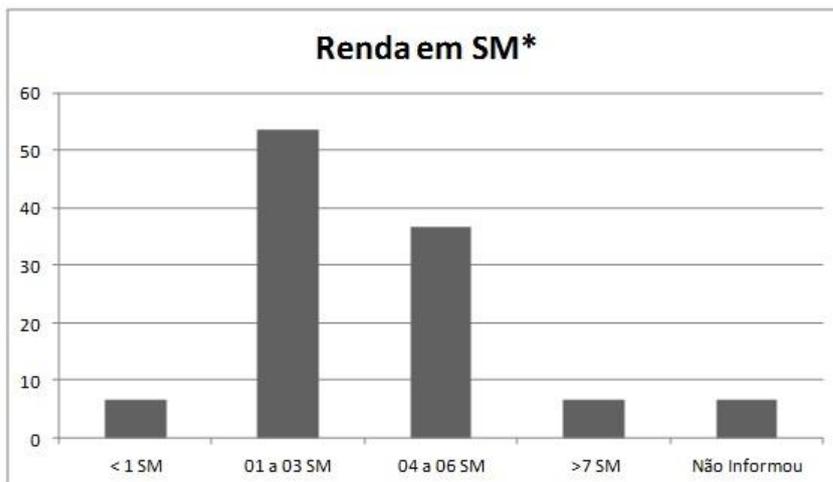


Gráfico1- Renda das Puérperas em Salários Mínimos* (%)

O gráfico 1 mostra o percentual da renda das puérperas em salários mínimos, onde acima de 50% delas possuem uma renda de até três salários mínimos, que representa uma renda de até R\$2.034, 00 já que atualmente o salário mínimo está em R\$ 678,00. Apenas uma puérpera não informou a renda.

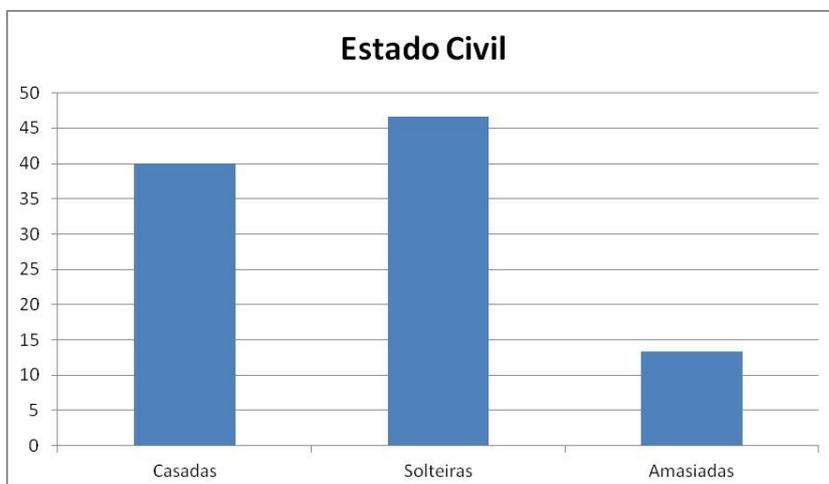


Gráfico 2 - Estado Civil das Puérperas (%)

O gráfico 2 mostra em porcentagem o estado civil das puérperas. Durante as entrevistas todas relataram morar com um parceiro, mas a grande maioria, 45%, declarou ser solteiras.

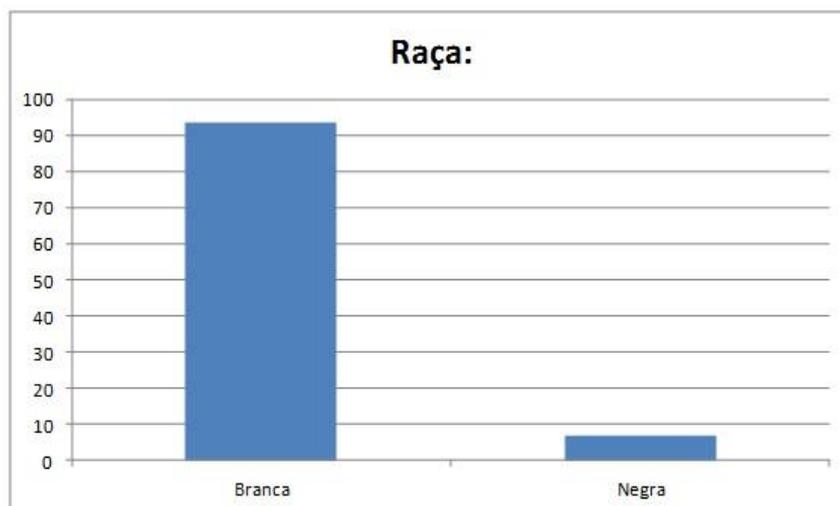


Gráfico 3 - Raça das Puérperas (%)

O gráfico 3 mostra a raça/etnia das puérperas em porcentagem. A prevalência da raça branca entre as entrevistadas foi >90%, mas 6,6% declarou ser da raça negra.



Gráfico 4 - Escolaridade das Puérperas (%)

O gráfico 4 mostra que entre as puérperas entrevistadas prevaleceu o Ensino Médio Completo; menos de 15% não concluíram o Ensino Fundamental e 20% concluíram o Ensino Superior.

Os discursos do sujeito coletivo (DSC), obtidos por meio da pergunta norteadora, estão organizados a partir das ideias centrais e expressões chaves, identificadas nas falas das puérperas, representados logo abaixo:

IDEIA CENTRAL: PERCEPÇÃO DO CORPO NO RETORNO A VIDA SEXUAL

(P1; P3; P5; P6; P8; P9; P10; P11; P12)

DISCURSO: *“Foi um horror, um horror completo, você tem um corpo legal e então o corpo esta todo arrebitado, modificado, você fica com vergonha, você não esta naquela forma física bonita. É gordurinha para lá, flacidez, aparecem às estrias, a barriga começa a dobrar para tudo que é lado, se você fica sem sutiã o leite esguicha e ai vira uma loucura. A mulher tem toda aquela vaidade e fica com complexo depois que ganha neném. Não é como antes, da vergonha de mostrar o corpo todo, antes eu não queria nem amamentar por causa da estética, agora eu estou me acostumando, porque já não é o mesmo corpo, tem que correr atrás do prejuízo para ver se da uma melhorada. Hoje eu estou bem, eu achava que ia ficar feio, mas deu até uma encorpada”.*

IDEIA CENTRAL: O SENTIMENTO DA MULHER EM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO

(P5; P7; P8; P12; P13; P15)

Discurso: *“Antes eu não queria amamentar, por causa da estética e também porque o primeiro eu não amamentei, daí se torna mais difícil, é estranho. Mas depois que eu comecei amamentar é muito bom, eu adoro amamentar, me sinto bem, você fica mais próximo do bebê, não tem dinheiro que pague”.*

IDEIA CENTRAL: SENTIMENTO DA MULHER EM RELAÇÃO À CRIANÇA E MARIDO

(P1; P2; P3; P5; P7; P8; P9; P10; P11)

DISCURSO: *“Foi dificultoso, depois que a criança nasce agente aprende a ser mãe também, agente esta voltada mais para a criança e o marido acaba ficando um*

pouquinho de lado. Eu fico preocupada se o bebê vai acordar, se não vai acordar, se o bebê esta bem se não esta, então a gente é mais pelo filho. É difícil dividir o tempo entre o bebê e o marido, tem que dar atenção para criança e para o marido também, antes era só você e seu parceiro agora tem mais um”.

IDEIA CENTRAL: ENVOLVIMENTO DO MARIDO NO RETORNO À VIDA SEXUAL

(P1; P2; P3; P7; P8; P9; P10; P11; P13; P14)

DISCURSO: *“Foi por muita insistência do meu marido, ele estava com vontade, acredito que na maioria é ele que procura, não foi uma coisa forçada, mas também ficou no meio termo. A gente sente que é desejada de novo , eu acho assim, se ele não quisesse você se sentiria mal, daria um sentimento de estou horrorosa , estou acabada, agora assim, quando ele te procura o sentimento já volta o normal. Ele até sentiu um pouco minha falta e depois eu voltei a dar um pouco mais de atenção à ele”.*

IDEIA CENTRAL: A DOR EM RELAÇÃO AO RETORNO DA VIDA SEXUAL

(P3; P7)

DISCURSO: *“Nos primeiros dias é um pouco dolorido, por causa dos pontos internos, eu levei 18 pontos, então eu fiquei com trauma, não quero ter outro filho devido a dor e sofrimento, ficou tudo machucado, não tenho mais prazer, não quero engravidar mais”.*

IDEIA CENTRAL: A INFLUÊNCIA DA DOR COMO MOTIVO DE ESPERA PARA O RETORNO DA VIDA SEXUAL

(P3; P6; P7; P10)

DISCURSO: *“Falaram que iria ser ruim, desconfortável, que doeria, e realmente é, porque você leva muito ponto por dentro e então não é prazeroso, nem um pouco na primeira vez, entendeu?[...] Eu tive hemorroida depois do parto, tive muito desconforto e dor. Não quero ter outro filho devido à dor e sofrimento e ficou tudo machucado, não tinha prazer. Só que conforme vai passando o tempo, vai*

melhorando, vai diminuindo, mas, apesar de quatro meses, ainda é um pouco incomodo”.

IDEIA CENTRAL: MOTIVOS DA ESPERA PARA O RETORNO DA VIDA SEXUAL

(P3; P8; P9; P 10; P11; P12; P13; P14; P15)

Discurso:*“No primeiro filho agente ficou esperando 40 dias, agora esse eu já falei que ia ser diferente, mas o médico e minha família pediram que esperássemos a quarentena por causa dos pontos. Esperamos por respeito de um pelo outro, exatamente pelo tempo de readaptação, eu tive cautela e já peguei a receita do anticoncepcional”.*

IDEIA CENTRAL: O SENTIMENTO DA MULHER NO RETORNO À VIDA SEXUAL

(P2; P7; P8; P11; P12; P13; P14)

DISCURSO: *“Eu não queria ter relação, foi estranho, eu estava com medo, mas pelo afeto agente tentou, fiz mais por ele, mas não foi muito bom. Você adia e deixa a vontade um pouco de lado, eu não estava muito afim. Mas foi envolvendo e aconteceu, fiquei com vontade e foi até gostoso, não doeu muito”.*

IDEIA CENTRAL: INFLUÊNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL E/OU PERÍODO PUERPERAL

(P1)

Discurso:*“Durante o pré-natal, eu fiz o cursinho, então isso me ajudou bastante”.*

6. DISCUSSÃO

Após analisarmos as falas das puérperas, pudemos entender e apreender o universo dos sentimentos das mulheres no retorno da vida sexual após o parto e a partir disto conseguimos desenvolver e elaborar a discussão baseada em Minayo⁽¹⁶⁾.

PERCEPÇÃO DO CORPO NO RETORNO A VIDA SEXUAL

As alterações ocorridas com o corpo durante a gestação, no parto e com a amamentação obteve maior destaque. O corpo é o meio onde a expressão se realiza na sua referência ao mundo vivido, não se limitando apenas à linguagem formalmente instituída⁽⁴⁾. Às alterações corporais que se sucedem ao longo da gravidez, associam-se por vezes a sentimentos de perda da auto-estima devido a percepções subjetivas de fraca atratividade física e incapacidade de sedução. Como foi percebido nas falas de 100% das puérperas entrevistadas, frequentemente subsiste também a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez⁽⁴⁾.

A partir daí é possível notar que a “nova” aparência influencia o retorno da vida sexual do casal após o nascimento do bebê. Percebemos também o receio de que o corpo não volte a ser como era antes.

A aparência física interfere na autoestima da mulher tanto no ato sexual quanto ao se sentir bem com o seu próprio corpo. Alguns motivos que desencadeiam essa baixa autoestima são o aumento de peso, a involução dos órgãos sexuais femininos que podem influir no relacionamento do casal, o aumento da tensão mamária por ocasião hormonal, cansaço e ainda as mudanças físicas que sugerem uma preocupação maior com a autoestima⁽¹⁴⁾.

O SENTIMENTO DA MULHER EM RELAÇÃO À AMAMENTAÇÃO

A nossa cultura tende a glorificar a maternidade muitas vezes de forma excessiva, considerando-a como sendo a máxima realização feminina, e que as mulheres são destinadas a conceber, gestar, dar a luz e criar os filhos⁽⁹⁾.

A chegada de uma criança na família gera inúmeras dificuldades e dúvidas para a mãe, principalmente quando se trata do primeiro filho. Muitas vezes essas

dificuldades não dizem respeito unicamente aos cuidados com o bebê, mas também com sua alimentação ⁽¹⁸⁾.

O ato de amamentar cria um vínculo afetivo entre mãe e filho, devido ao contato emocional, físico e íntimo facilitando assim a adaptação da criança ao novo ambiente e tornando a separação pós-parto mais gradual ⁽¹⁹⁾.

A amamentação é considerada como mais uma atividade dentre as muitas que a mulher tem a desempenhar, sobrecarregando-a e gerando conflitos pessoais e no meio relacional ⁽²⁰⁾.

Mesmo com todos os benefícios da amamentação e seu peso histórico perante a sociedade, apenas 40% das mulheres relataram a experiência vivenciada sobre a amamentação.

O prazer e a satisfação em amamentar são sentimentos que ocorrem naturalmente com a chegada da criança, como observado em 40% das mulheres entrevistadas e está associado às mudanças fisiológicas corporais e hormonais, sendo de extrema importância conhecer as experiências vivenciadas pelas mulheres em relação à amamentação ⁽²¹⁾.

SENTIMENTO DA MULHER EM RELAÇÃO À CRIANÇA E MARIDO

A maneira de reagir dos pais ao nascimento do seu filho é influenciada por vários fatores desde a idade, as relações sociais e apoio social, cultura, condições socioeconômicas e as aspirações pessoais para o futuro ⁽⁹⁾. Sem contar que nesse período a mulher precisa lidar com as alterações em seu corpo e com a chegada do bebê.

A maternidade é caracterizada por um processo de ajustamento a uma nova identidade, a materna, de aprendizagem de um novo papel, o de mãe, de adaptação a um novo elemento familiar, o filho e de reestruturação das relações familiares e sociais. O nascimento de um filho implica uma reestruturação na vida do casal e a adaptação a uma nova condição ⁽⁹⁾, dois terços das puérperas entrevistadas relataram esta nova realidade vivenciada por elas.

Sabendo que, a chegada da criança traz consigo uma ansiedade normal, o marido passa a sentir-se em segundo plano, pois é exigida da mulher uma maior dedicação ao bebê, até porque esse depende exclusivamente de cuidados alheios, podendo ser tanto por parte materna quanto paterna ⁽²¹⁾.

A mulher precisa dividir seu tempo entre os cuidados com a casa, o marido e o bebê que acaba de nascer. Inúmeros fatores podem ser determinantes para um desfecho saudável do puerpério. É um período em que a mulher está sensível e marcada pela instabilidade emocional, sendo assim, é de fundamental importância a compreensão do esposo na determinação do limiar entre a saúde e a harmonia conjugal ⁽²²⁾.

O papel do homem nesta fase merece destaque, uma vez que vivencia sensações psicológicas semelhantes às da mulher. Por sua vez, o direcionamento dos fatos pode repercutir de maneira favorável ou não no relacionamento do casal.

Para algumas mulheres a satisfação com o relacionamento matrimonial diminuiu durante a gestação e depois do nascimento do primeiro filho. É de fundamental importância a compreensão do companheiro para com sua mulher, devido às emoções e preocupações específicas dessa fase.

A DOR EM RELAÇÃO AO RETORNO DA VIDA SEXUAL

Muitos fatores colaboram para o aumento dos desconfortos durante a realização do ato sexual no período puerperal ⁽²¹⁾. Os baixos níveis de estrogênio tendem a reduzir a lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável ⁽²³⁾. A dor leva a problemas no relacionamento e ainda no convívio familiar neste período, necessitando, portanto, de paciência e entendimento sobre esse momento vivido ⁽²¹⁾.

Associado as complicações da Episiotomia, está a dispareunia, como é chamada a dor na relação sexual, que se faz presente em mulheres até seis meses após o parto, isso é possível observar pelas experiências precoces de desconforto e dor vivenciadas por 13% das mulheres participantes da pesquisa, levando-as a criar expectativas negativas com relação ao coito. Observamos que o retorno à vida sexual está atrelado ao medo da dor ⁽²⁴⁾.

A dispareunia pode ser tanto um problema que interfere na prática sexual quanto uma consequência de outros problemas. A diminuição do desejo sexual em mulheres com dispareunia pode ser tanto a causa quanto o resultado da antecipação da dor ⁽²⁵⁾. Assim dispareunia que é tida como uma patologia física, mas facilmente pode se tornar um fator de patologia psicológica ⁽⁴⁾.

ENVOLVIMENTO DO MARIDO NO RETORNO À VIDA SEXUAL

A presença da dispareunia diminui a motivação da mulher para a prática sexual, pois para elas o ato sexual deve ser uma experiência agradável, com um longo período de estimulação antes da penetração. Neste sentido, Basson (2000) sugere um modelo alternativo ao modelo tradicional de resposta sexual para mulheres, principalmente para relacionamentos duradouros, que valorizam outros fatores além da fisiologia, como a intimidade, a confiança, o respeito e o afeto ⁽²¹⁾, onde podemos associar a importância do envolvimento do marido no retorno da vida sexual.

As modificações ocasionadas nesta fase podem contribuir tanto para a aproximação como para o afastamento conjugal. Segundo Oliveira e Brito (2009), o homem percebe mudanças no seu relacionamento durante a fase de aleitamento do filho, associando-as à criança, à companheira e à rotina doméstica.

Partimos do pressuposto de que o homem age de acordo com o seu entendimento acerca do puerpério, vivenciando diferentes situações junto à parceira, família e meio social.

Essa concepção é aceitável à medida que ele assume um importante papel junto a sua companheira nessa nova etapa de vida, adquirindo outras responsabilidades para com o filho e no apoio à mulher ⁽¹⁸⁾, em 40% dos relatos, o apoio do marido nesse período não foi relatado.

Pais e filhos exercem a capacidade de se reconhecerem como família, em geral, não só a mulher sofre alterações físicas e emocionais, mas o companheiro também vivencia certas modificações na sua rotina e no seu ambiente familiar, percebe que a esposa encontra-se mais sensível, podendo assim o marido assumir duas posições: participar de forma ativa dividindo com a mulher a responsabilidade de cuidar do bebê e dando-lhe apoio e encorajamento, ou senti-se marginalizado, “sobrando” na relação didática materno filial e ainda essencialmente rejeitado ⁽²¹⁾.

Ainda sim, é preciso ressaltar que a ligação entre o pai e feto é essencial para a continuidade do vínculo após o nascimento de forma que o genitor deixa de ser um mero provedor para cuidar e acompanhar o desenvolvimento físico e emocional do filho. O pai, participando junto à mãe nos cuidados ao bebê, aproxima a família, passa a sentir-se mais útil e importante nesse momento ⁽²⁶⁾. É de fundamental importância o apoio do homem diante de novas sensações e sentimento.

MOTIVOS DA ESPERA PARA O RETORNO DA VIDA SEXUAL

Se a mulher não tiver mais a presença de lóquios e as lacerações/episiotomia estiverem cicatrizadas, não há razão fisiológica para adiar a penetração vaginal, mas o medo, a dor e a falta de orientação impedem que o prazer e a sexualidade retornem ao normal ⁽²¹⁾.

Mais da metade das mulheres entrevistadas, 60%, relatam dificuldades com o retorno da vida sexual, encaram como uma obrigação por sua parte, como um dever a ser cumprido.

A forma como a nova mãe se sente em relação a si própria e ao seu corpo durante o puerpério pode afetar o seu comportamento e adaptação à materna ⁽⁹⁾.

Nos relatos podemos observar o desconforto e também a preocupação em relação à criança, como se após a chegada dela suas necessidades de mulher foram reprimidas e substituídas completamente pelas de ser mãe. Há relatos onde a família, a assistência da saúde e o medo de uma nova gestação, influenciaram no retorno da vida sexual.

A INFLUÊNCIA DA DOR COMO MOTIVO DE ESPERA PARA O RETORNO DA VIDA SEXUAL

Em todas as entrevistas observamos a relação dor/desconforto com o ato sexual: para alguns estudiosos a dor pode estar relacionada com fatores psicológicos, fisiológicos e provocados com é o caso da Episiotomia, que é uma incisão no períneo, para aumentar o canal vaginal, por oportunidade do parto normal é uma prática muito utilizada entre os profissionais, mas pouco explicada para as mulheres que estão prestes a ter seus filhos de parto normal ⁽²⁷⁾.

Observamos também que a presença da episiorrafia, incisão perineal para ampliação do canal vaginal seguida de pontos, pode não trazer grandes impactos para as mulheres ou gerar traumas que vão além do âmbito físico, mas sim emocional, chegando a influenciar na tomada de decisão para uma nova gestação.

Como um procedimento cirúrgico, a incisão perineal para ampliação do canal do parto envolve riscos, notadamente, a extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, infecções, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais e,

embora raro, a endometriose da epiorrafia ⁽²⁷⁾. O que nos faz refletir sobre a importância do tipo de parto e medidas que tragam maior conforto, não só na hora do parto, mas também no puerpério imediato e tardio.

O SENTIMENTO DA MULHER NO RETORNO À VIDA SEXUAL

O novo papel de mãe conjugando-o com os outros, de mulher, profissional, esposa, amiga, exige de igual forma uma nova gestão de tempo, comprometendo frequentemente o espaço que antes era dedicado à sua própria sexualidade ⁽⁹⁾.

Estudos mostram que apenas 20% das mulheres atingem o clímax na sua primeira relação após o parto ⁽⁴⁾ e que 75% das mulheres atingem o clímax do terceiro ao sexto mês após o nascimento, o tempo médio para a mulher atingir o orgasmo nesta situação está estimado para a sete semanas após o parto ⁽⁴⁾. Entre as quinze mulheres entrevistadas, sete relataram que a relação sexual após o parto não sofreu alterações e relatos em que mudanças foram observadas.

Essas alterações podem estar relacionadas ao desequilíbrio hormonal, principalmente em relação ao aumento da prolactina e a redução da testosterona ou do estrogênio, onde os dois últimos hormônios estão relacionados ao desejo ⁽²¹⁾.

INFLUÊNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL E/OU PERÍODO PUERPERAL

Após observarmos os relatos das puérperas, podemos dizer que todo seu universo se transforma com a chegada do bebê e o retorno da vida sexual. Em um relato observamos que a presença de uma assistência à saúde de qualidade pode preparar a gestante para esse período, onde ele possa ocorrer de uma forma mais natural e tranqüila.

Classicamente, o puerpério é conhecido como um período de profundas mudanças físicas e emocionais na vida da mulher. A enfermagem, conhecendo e aceitando isto como possibilidade, não pode ter apenas uma visão biológica deste período, ou seja, é preciso ir além, para contextualizar a história de vida, as expectativas, esperanças, sonhos e vínculos afetivos de cada puérpera. Na vivência do processo de maternidade, a mãe transforma-se enquanto mulher percebe-se, como a mesma pessoa, mas agora com novas dimensões: além de mulher, mãe ⁽²⁸⁾.

Como profissionais entendemos que ser mãe é uma dimensão social e antropológica que significa na nossa cultura a capacidade de conter, amparar e apoiar ⁽⁹⁾.

Por essa razão, o enfermeiro deve compreender a transição realizada pela mulher em direção ao novo papel, pois com ele deverá aprender a conviver com o novo ser, vivenciar novas experiências e descobertas que ocorrem a cada instante.

Apesar de toda a importância do profissional de enfermagem durante o pré-natal e/ou período puerperal foi observado em apenas um relato durante as entrevistas, confrontando assim com a importância do papel do enfermeiro.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo foi possível identificar, pontuar e conhecer os sentimentos vivenciados pelas puérperas no retorno da vida sexual após o parto. A partir da pergunta norteadora levantamos ideias centrais e expressões chaves encontradas neste período. Por meio da análise dos resultados conseguimos concluir que este assunto ainda é pouco abordado pelos profissionais da saúde, mas com um vasto campo a ser trabalhado.

Houve relatos positivos, onde as puérperas mostraram que em meio às dificuldades, esse retorno ocorreu de forma natural sendo ele agregado a esse novo período, fortalecendo o vínculo marido-mulher; houve também relatos negativos, onde as mulheres se mostraram traumatizadas, chegando a relatar a impossibilidade de uma nova gestação e a fragilidade do vínculo marido-mulher, que segundo as mesmas eram melhores estabelecidos antes da gestação, podendo assim concluir que esta é uma experiência que envolve e que diz respeito ao casal e que deve ser tratada como ponto chave para inserir o marido no cotidiano da puérpera.

Outro ponto relatado foi em relação a aparência/corpo e a dor que as mulheres vivenciam no retorno da vida sexual após o parto, esses devem ser vistos como paradigmas a serem esclarecidos.

É notório que a mudança do papel esposa para mãe é conturbado e gera alguns conflitos entre casais. Mas em meio as entrevistas conseguimos observar que este “problema” consegue ser resolvidos com o passar dos dias entre a maioria dos casais, deixando de ser visto como “problema”.

O papel do enfermeiro como integrante na equipe durante o decorrer do pré-natal e a fase puerperal, é fundamental para esclarecer as dúvidas, auxiliar e preparar as gestantes para essa nova etapa. Foi citado pelas puérperas de forma positiva, o que nos leva a concluir que durante a assistência do pré-natal, o enfermeiro precisa atuar ativamente não só em relação às transformações da gestação e a chegada do bebê, mas também o que a puérpera irá vivenciar em nessa nova fase de sua vida, incluindo o retorno de sua vida sexual.

8. REFERÊNCIAS

1. Bia FMM. Sexualidade Pós-parto: A outra face da maternidade. Nursing Ed. Portuguesa, 2010.
2. Salim NR, Araújo NM, Gualda DMR. Corpo e Sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010.
3. Souza JA. A Real Influência do Parto Normal sobre o Enfraquecimento da Musculatura do Assoalho Pélvico: revisão literária, 2012.
4. Silva AI, Figueiredo B. Sexualidade na Gravidez e após o Parto. Psiquiatria Clínica, 2005.
5. Mello AR, Neme B. Puerpério: Fisiologia e Assistência. In: Neme B. Obstetrícia Básica. São Paulo: Sarvier, 2006.
6. Seixas, AMR. Sexualidade feminina: história, cultura, família e psicológica. São Paulo: Senae, 1998.
7. Montenegro CAB, Filho JR. Rezende Obstetrícia Fundamental. 12^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
8. São Bento PAS, Santos RS. Realização da Epsiotomia nos Dias Atuais à luz da Produção Científica: Uma Revisão. Esc. Anna Nery, 2006.
9. Alves MGC. Factores que Influenciam a Sexualidade Feminina depois do Parto. Lisboa: Universidade de Lisboa-Faculdade de Medicina, 2008.
10. Abuchain ESV. Vivenciando a Amamentação e a Sexualidade na Maternidade: "Dividindo-se entre Ser Mãe e Mulher" [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2005.
11. Stefanello J, Nakano AMS, Gomes FA. Crenças e Tabus Relacionados ao Cuidado no Pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. Acta Paul Enferm, 2008.
12. Santiago R. Sexualidade no Pós-Parto; 2002. Disponível em: <http://redemae.sapo.pt/sexualidade-no-pos-parto-3/3138>.
13. Berenstein E. A inteligência hormonal da mulher. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
14. Machineski GG, Schneider JF, Bastos CCBC. Corporeidade da Mulher no Pós Parto: Uma Compreensão da Linguagem em Maurice Merleau-Ponty. Rev. Gaucha da Enfermagem. Porto Alegre, 2006.

15. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira, JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
16. Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.
17. Lefèvre F, Lefèvre F. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2005.
18. Brito RS, Oliveira EMF, Carvalho FLA. Percepção do Homem sobre o pós-parto da mulher/companheira. Rev. Eletr. Enf., 2008.
19. Moraes TC, Freitas PX, Neves GB. Percepção das Primigestas Acerca do Aleitamento Materno. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG, 2010
20. Nakano AMS. As Vivências da Amamentação para um Grupo de Mulheres: nos Limites de Ser “O Corpo para o Filho” e de ser “O Corpo para si”. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.
21. Breun EMM, Ferreira JP, Taveira PP. A percepção da Mulher sobre sua Sexualidade e as Modificações Corporais durante o Puerpério. Cascavel: Faculdade Assis Gurgacz – FAG, 2011.
22. Araujo MN. “É a Vida de Sempre” – Corpo e Sexualidade no Processo de Nascimento. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São, 2009
23. Levay S, Valente, SM. Human Sexuality. Massachusetts: Sinauer Associates, Inc, 2003.
24. Gerin L: A Ocorrência de Dispareunia entre Mulheres: Como fica a Saúde Sexual. [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2008.
25. Brauer M, Lann E, Ter Kuile MM. Sexual Arousal in Women With Superficial Dyspareunia. Archives of Sexual Behavior, 2006.
26. Zagoneli IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O Cuidado Humano Diante da Transição ao Papel Materno: Vivências no Puerpério. Rev. Eletri. Enf.; 2008.
27. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: Em Foco a Visão das Mulheres. Ver. Bras. Enferm. Brasília, 2007.

28. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da Assistência de Enfermagem na Prática da Amamentação no Puerpério Imediato. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2013

APÊNDICE

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vivenciando o retorno da vida sexual das mulheres após o parto em um Programa Saúde da Família.

Eu, _____ RG _____.

Concordo em participar deste estudo, sabendo que serei entrevistada e responderei sobre a minha vivência ao retorno sexual após o parto. Fui informada e concordo que a entrevista será gravada em áudio. Sei que em caso de dúvida ou intercorrência, poderei recorrer à pesquisadora responsável Prof^a Ruth Bernarda RiverosJeneral, RG w526524-3, no endereço: Alameda dos Antúrios, 180 - Jardim Simus, Sorocaba/SP – CEP 18055-155, fone (15) 32214500, e os(as) alunas pesquisadoras Ana Carolina Macedo de Oliveira, RG 47816359-9, no endereço: Rua Bélgica,49 - Jardim Europa, Sorocaba/SP – CEP 18045-270; fone (15) 34185268; Cláudia da Silva Lopes, no endereço: Rua Professor José Reginato,151 – Barcelona, Sorocaba/SP – CEP 18025-230; fone (15) 32277972 e Mayron de Oliveira Melo no endereço: Rua João Marcondes,82 – Chapadinha, Itapetininga/SP – CEP 18206-740; fone (15) 32718317.

Estou ciente que sou livre para decidir de desejo participar ou não da pesquisa, bem como posso desistir do estudo em qualquer fase sem prejuízo. Sei que será mantido sigilo sobre minha identidade. Este é um documento em duas vias, uma permanece com a entrevistada e outra deve ficar com os pesquisadores.

Nome: _____ Data: _____

Responsável: _____ Assinatura: _____

Ana Carolina M. de Oliveira Cláudia da Silva Lopes

Mayron de Oliveira Melo Prof^aMs. Ruth B. RiverosJeneral

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vivenciando o retorno da vida sexual das mulheres após o parto em um Programa Saúde da Família.

Eu, _____ RG _____.

Concordo em participar deste estudo, sabendo que serei entrevistada e responderei sobre a minha vivência ao retorno sexual após o parto. Fui informada e concordo que a entrevista será gravada em áudio. Sei que em caso de dúvida ou intercorrência, poderei recorrer à pesquisadora responsável Prof^a Ruth Bernarda RiverosJeneral, RG w526524-3, no endereço: Alameda dos Antúrios, 180 - Jardim Simus, Sorocaba/SP – CEP 18055-155, fone (15) 32214500, e os(as) alunas pesquisadoras Ana Carolina Macedo de Oliveira, RG 47816359-9, no endereço: Rua Bélgica,49 - Jardim Europa, Sorocaba/SP – CEP 18045-270; fone (15) 34185268; Cláudia da Silva Lopes, no endereço:Rua Professor José Reginato,151 – Barcelona, Sorocaba/SP – CEP 18025-230; fone (15) 32277972e Mayron de Oliveira Melo no endereço: Rua João Marcondes,82 – Chapadinha, Itapetininga/SP - CEP 18206-740; fone (15) 32718317.

Estou ciente que sou livre para decidir de desejo participar ou não da pesquisa, bem como posso desistir do estudo em qualquer fase sem prejuízo. Sei que será mantido sigilo sobre minha identidade. Este é um documento em duas vias, uma permanece com a entrevistada e outra deve ficar com os pesquisadores.

Nome: _____ Data: _____

Responsável: _____ Assinatura: _____

Ana Carolina M. de Oliveira Cláudia da Silva Lopes

Mayron de Oliveira Melo Prof^aMs. Ruth B. RiverosJeneral

Apêndice II

Questionário

Data da Entrevista: ___/___/___

Sujeito: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Etnia: ()Branca ()Negra ()Parda ()Amarela

Estado civil: ()Solteira ()Casada ()Amasiada ()Separada ()Viúva ()Divorciada

Renda (em Salários Mínimos): _____

