



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JULIANA GARCIA DA ROSA

**MÃE X MULHER: A ABSTINÊNCIA SEXUAL NA AMEAÇA
DE PARTO PREMATURO NA PERSPECTIVA
SOCIOCULTURAL**

**RIO DE JANEIRO
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULIANA GARCIA DA ROSA

**MÃE X MULHER: A ABSTINÊNCIA SEXUAL NA AMEAÇA
DE PARTO PREMATURO NA PERSPECTIVA
SOCIOCULTURAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Rangel da Silva

**Rio de Janeiro
2009**

R788 Rosa, Juliana Garcia da.
Mãe x mulher : a abstinência sexual na ameaça de parto prematuro na perspectiva sociocultural / Juliana Garcia da Rosa, 2009.
95f.

Orientador: Leila Rangel da Silva.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Gravidez – Complicações. 2. Gravidez de alto risco. 3. Parto prematuro. 4. Abstinência sexual. 5. Saúde reprodutiva. 6. Enfermagem – Aspectos sociais. I. Silva, Leila Rangel da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.3

JULIANA GARCIA DA ROSA

MÃE X MULHER: A ABSTINÊNCIA SEXUAL NA AMEAÇA DE PARTO PREMATURO NA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação: ____ / ____ / 2009.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Leila Rangel da Silva – UNIRIO
(Presidente)

Prof^a. Dr^a. Rosângela da Silva Santos – UFRJ
(1^a Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Adriana Lemos Pereira – UNIRIO
(2^a Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Marialda Moreira Christoffel – UFRJ
(Suplente)

Prof^a. Dr^a. Angelina Maria Aparecida Alves – UNIRIO
(Suplente)

Dedico toda a minha trajetória acadêmica à minha Madrinha de escolha que sempre esteve presente, hoje não mais em corpo e sim de alma.

A você, Dinda Maricota, meu eterno amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado discernimento, disposição e sabedoria para pesquisar e concluir esta dissertação.

Aos meus pais, exemplos de amor, força e dignidade, sempre serei grata pela confiança e paciência em mim depositada nessa longa jornada do mestrado.

Não posso de maneira alguma deixar de agradecer à Prof^ª. Dr^ª. Leila Rangel da Silva, em aceitar ser minha orientadora, que por sinal foi além, pois junto com seus grandes e inúmeros conhecimentos científicos também foi compreensiva e amiga em uma dose certa para que eu não perdesse o meu foco.

Aos meus familiares e amigos, que me ajudaram sendo fonte de estímulo e alívio nos momentos de estresse e desânimo.

Jamais esqueceria das mulheres entrevistadas, pois foi observando suas vidas bem de perto que tive uma visão ampla da importância desse trabalho. A troca de experiências serviu não só para obter informações de grande valia, como também para elas exporem suas dificuldades em lidar com aquele momento.

Compartilho essa vitória com todos que indiretamente auxiliaram para que esse estudo se concretizasse e desde já na certeza de que tudo valeu a pena.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais
voltará ao seu tamanho original”

(Albert Einstein)

RESUMO

ROSA, J. G. *Mãe x mulher. a abstinência sexual na ameaça de parto prematuro na perspectiva sociocultural*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo teve como objeto a abstinência sexual de mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro na perspectiva sociocultural, tendo como objetivo discutir os fatores socioculturais e sua interferência na abstinência sexual das mulheres que vivenciam a ameaça de parto prematuro. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi uma maternidade municipal, referência de alto risco, situada no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram sete mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro (APP) internadas entre os meses de outubro e Novembro de 2008. A técnica de coleta de dados foi a entrevista aberta. Para análise dos dados foi utilizado o primeiro nível do modelo de Sunrise, de Madeleine Leininger no qual foram discutidos os fatores culturais e modos de vida, de companheirismo e social, educacionais. Os achados da pesquisa apontam que as condutas de homens e mulheres frente ao exercício da sexualidade são frutos da interiorização das identidades sociais na significação do gênero. A herança cultural de que a necessidade de sexo do homem é maior que a da mulher gera insegurança e o medo do abandono, sendo esses sentimentos um dos fatores que as levam manter relações sexuais, cientes dos riscos. Ao passo que reprimiam a própria libido na tentativa de evitar o sexo e preservar a vida do concepto, se obrigavam a fazê-lo por insegurança para não perder o parceiro. Assim, a gestante com diagnóstico de ameaça de parto prematuro vive no dilema no qual seu papel de mãe conflita com o de ser mulher (esposa). A dificuldade de dialogar sobre a temática com seus companheiros foi outro fator que contribuiu para a ansiedade e o estresse. Faz-se necessário, ampliar a discussão entre os profissionais de saúde, envolvendo homens e mulheres, valorizando as experiências e o que há de universal para a construção de conhecimentos e superação das dificuldades, objetivando garantir o pleno exercício dos direitos sexuais e a saúde reprodutiva do casal.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Enfermagem; Gravidez de Alto Risco, Abstinência Sexual, Ameaça de Parto Prematuro.

ABSTRACT

ROSA, J. G. *Mother x women: the sexual abstinence in threat of premature labor in sociocultural perspective*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

This study aimed to sexual abstinence of women diagnosed with threatened preterm delivery in the socio-cultural perspective, with the objective to discuss the socio-cultural factors and their interference in the sexual abstinence of women who experience the threat of premature birth. It's a descriptive and exploratory research with qualitative approach. The scenario of the study was a municipal maternity, reference to high risk in the municipe of Rio de Janeiro. The subjects were seven women diagnosed with threatened preterm delivery hospitalized between the months of October and November 2008. The technique of data collection was the open interview. To analysis data was used the first level of the Sunrise Model of Madeleine Leininger where cultural factors were discussed and ways of life, companionship and social, educational. The findings of the study show that the behavior of men and women to exercise their sexuality are fruits of the internalization of social identities in the meaning of gender. The cultural heritage that men need more sex than women, creates insecurity and fear of abandonment, and these feelings lead them to keep sex, aware of the risks. While suppressing the desire to avoid the sex and preserve the life's concept, women required themselves to do, so not to lose the partner. The pregnant women diagnosed with threatened premature birth lives in dilemma in which their role in conflicts with being mother or woman (wife). The difficulty of talking about the subject with their partners was another factor that contributed to anxiety and psychological stress. It's necessary amplify the action, involving men and women, valorizing the experiences and what is universal to build knowledge and prevail over difficulties, objecting guarantee the plenitude of the exercise of sexual rights and the reproductive health of couple.

Keywords: Women's Health; Nursing; High Risk Pregnancy; Sexual Abstinence, Threatened Preterm Delivery.

RESUMÉ

ROSA, J. G. *Madre x mujer. la abstinencia sexual de la amenaza de parto prematuro en perspectiva sociocultural*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2009.

Este estudio tuvo como objetivo la abstinencia sexual de las mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en la perspectiva socio-cultural, con el objetivo de discutir los factores socio-culturales y su injerencia en la abstinencia sexual de las mujeres que sufren la amenaza de parto prematuro. Esta es una investigación exploratoria y descriptiva con enfoque cualitativo. El escenario del estudio fue una maternidad municipal, se refieren a la alta riesgo de Río de Janeiro. Los sujetos fueron siete mujeres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro (APP) hospitalizados entre los meses de octubre y noviembre de 2008. La técnica de colección de datos fue la entrevista abierta. El análisis de los datos se utilizó el primer nivel del modelo de Madeleine Leininger Salida del sol, donde se discutieron los factores culturales y los modos de vida, el compañerismo y el social, educativo, los directamente relacionados con la abstinencia sexual desde el discurso del deponente. Los resultados de la encuesta muestran que la conducta de hombres y mujeres contra el ejercicio de la sexualidad son fruto de la internalización de las identidades sociales en el sentido de género. El patrimonio cultural de la necesidad del hombre para tener relaciones sexuales es mayor que la mujer crea inseguridad y el temor de abandono, y estos sentimientos de los factores que conducen a mantener relaciones sexuales, conscientes de los riesgos. Si bien la supresión de la libido, en un intento de evitar el sexo y preservar la vida del concepto, lo hace en la obligación por inseguridad en perder su pareja. Así, las mujeres embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro residen en el dilema los conflictos su papel como madre y una mujer (esposa). La dificultad de hablar sobre el tema con sus compañeros es otro factor que contribuyó a la ansiedad y el estrés. Es necesario, hacerlo con mayor frecuencia, involucrando a los hombres y a las mujeres valorizando las experiencias y lo que es universal en la construcción de conocimientos y superación de las dificultades, con el objetivo de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y la salud reproductiva de la pareja.

Palabras clave: La Salud de la Mujer; Enfermería; Embarazo de Alto Riesgo; La Abstinencia Sexual. Amenaza de Parto Pretérmino

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E O CONTEXTO MOTIVADOR.....	12
1 BASES CONCEITUAIS	19
1.1 Direitos sexuais e reprodutivos: aspectos históricos e as políticas públicas nacionais	19
1.2 Gestação de risco e ameaça de parto prematuro: aspectos biológicos	32
2 REFERENCIAL TEÓRICO	36
2.1 A teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural.....	36
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	44
3.1 Tipo do estudo.....	44
3.2 Cenário da pesquisa	45
3.3 Momentos éticos de pesquisa	46
3.4 Instrumentos de coletas de dados.....	46
3.5 Etapas da coleta de dados	47
3.6 As depoentes	47
3.7 Caracterização das depoentes.....	48
3.8 Análise dos depoimentos	58
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	62
4.1 A visão de mundo das gestantes com diagnóstico de APP sobre a sexualidade.....	62
4.2 Fatores culturais e os modos de vida das mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro.....	64
4.3 Fatores de companheirismo e sociais: a aliança necessária.....	70
4.4 Fatores educacionais: a necessidade da orientação dialogada para a temática abstinência sexual.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES.....	87
ANEXOS	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Nascidos Vivos – Brasil, 2008	16
Quadro 2 – Nascidos Vivos Prematuros – Brasil, 2008.....	16
Quadro 3 – Características Individuais e Condições Sociais	49
Quadro 4 – Fatores de Risco Individuais e Sociais das Depoentes	52
Quadro 5 – História Reprodutiva	53
Quadro 6 – História Reprodutiva Anterior e Patologias da Gestação Atual.....	56
Quadro 7 – Graduação de Riscos Gestacionais e Maturidade dos Nascidos ...	57

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E O CONTEXTO MOTIVADOR

Esta investigação tem como objeto de estudo a abstinência sexual de mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro e se insere na linha de pesquisa “Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e se enquadra no eixo temático: “Cuidado Cultural à Mulher Brasileira – Tendências e Desafios para a Enfermagem”.

A motivação em abordar essa temática surgiu no meu primeiro campo prático, como enfermeira obstetra, numa maternidade federal, referência para alto risco, no município do Rio de Janeiro.

No cuidado prestado nesta instituição uma das minhas atribuições era o acompanhamento de gestantes com diagnóstico de ameaça de parto prematuro (APP) e observei que muitas pacientes relatavam não conseguir manter o repouso devido a diversos fatores como, por exemplo, trabalhar para a manutenção do lar. Entretanto, o que realmente me chamou atenção foi a frequência das queixas ao sexo. Elas relatavam que foram orientadas quanto à abstinência sexual devido ao diagnóstico de APP, porém durante a admissão no setor de internação apontavam o sexo como fator deflagrante do trabalho de parto.

Durante as atividades de educação em saúde que realizava nesta mesma instituição, escutava atentamente algumas mulheres relatarem, em tom de confiança, que mantinham relação sexual, mesmo quando orientadas a evitá-la. Algumas diziam apenas que era difícil manter a abstinência; dentre outras causas falavam da dificuldade de conter a libido, do medo do parceiro buscar o sexo “fora” do lar e da incompreensão por parte dele. Muitas vezes me indagava até que ponto as questões ligadas à sexualidade podiam deflagrar o início prematuro do trabalho de parto. Será que essas gestantes eram “obrigadas” a manter relações sexuais com seus parceiros? Que outros fatores na vida dessas mulheres interferiam para não levarem a gestação a termo?

É sabido que a sexualidade vai muito além do sexo. Ela se expressa nas sociedades de acordo com os conceitos morais, costumes, religião e envolve sexo,

orientação sexual, erotismo, prazer, envolvimento emocional e reprodução. Desse modo, pode-se afirmar que a sexualidade é “[...] vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.” (BRASIL, 2006a, p. 22).

Para Louro, Felipe e Goellner (2007), a sexualidade é intrínseca aos seres humanos, e perpassa por todas as épocas de suas vidas. Assim, manifesta-se desde o nascimento, porém de formas diferentes em cada etapa do desenvolvimento. Como por exemplo, na adolescência, momento em que surge a capacidade reprodutiva: essa fase tem sua especificidade, pois é marcada por mudanças gradativas desde o psiquismo aos valores morais e éticos da personalidade que se delinea (BRASIL, 2006b).

Por desenvolver-se ao longo da vida, a sexualidade encontra-se marcada pela história, cultura, afetos e sentimentos, o que a torna singular a cada sujeito.

Cada sociedade cria um conjunto de regras que constituem parâmetros fundamentais para o comportamento sexual de cada indivíduo, considerando suas dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais. Por não restringir-se apenas ao âmbito individual, mas também por ser construída pela interação com o meio e a cultura, para compreendermos as questões relacionadas à sexualidade como comportamentos e valores, é necessário contextualizá-la social e culturalmente.

Para me aprofundar na temática, pesquisei em artigos científicos da área de saúde (enfermagem, medicina, psicologia e psiquiatria) estudos atuais sobre sexualidade, abstinência sexual e ameaça de parto prematuro em âmbito nacional.

Abdo (2004) realizou uma pesquisa com 7.103 brasileiros das cinco regiões do país, e constatou que a maioria da população brasileira afirma que quando o desempenho sexual é abalado, a satisfação com a vida é afetada e a qualidade de vida se prejudica – o que reforça a relevância desse estudo ao falar sobre a abstinência sexual.

Ao se compreender que a sexualidade também é produto sociocultural, os papéis de homens e mulheres, ou seja, as relações entre os gêneros, refletem diretamente na vivência da sexualidade de cada um e nos relacionamentos a dois, assim como nas relações em geral (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007).

Há muito tempo percebida e pouco discutida, a diferença entre os gêneros

sempre foi uma realidade. Atualmente tem-se dado maior ênfase a esse tema, especialmente no que se refere ao preconceito social, contra o qual a mulher vem lutando ao longo dos séculos.

Historicamente as desigualdades de gênero vêm sendo marcadas pelas relações entre homens e mulheres face à distribuição de poder. A submissão feminina na dinâmica das desigualdades é identificada a partir do contexto familiar

Essas diferenças são reforçadas por justificativas biológicas e teológicas para centralizar o poder masculino, não valorizando as características femininas, socialmente exercendo papéis distintos em que a função “inerente” da mulher era cuidar do lar (LINS, 2007).

No Brasil, desde o século XVI, a mulher era considerada o sexo frágil e por isso deveria ser preservada para uma maternidade sadia. O lar tornou-se um espaço em que lhe era imposto o seu papel de esposa, cuidadora e dedicada mãe. O que implica dizer que se existia um “sexo frágil”, automaticamente os homens eram o sexo forte, no qual a mulher estaria subordinada.

Como não tinham acesso à educação, a ascensão social advinha do casamento, o qual não era uma união de amor e espontânea, e sim uma decisão estabelecida pelo patriarca que definia quando e com quem sua filha deveria desposar.

A mulher poderia não ter um papel economicamente ativo na sociedade, mas servia como moeda de troca e investimento, sob forma de dote, o que lhe garantiria um “bom” casamento.

Subjugadas aos homens, cabia-lhes a função de servir ao seu esposo e de dar-lhe bons frutos (filhos saudáveis e preferencialmente machos). A boa esposa era aquela que se dedicava ao lar, portanto as jovens meninas eram preparadas no seio familiar para serem esposas prendadas e servir aos seus futuros maridos. Como não lhes era permitido estudar e nem trabalhar fora do lar, a filha mulher não complementava a renda da casa, tornando-se uma fonte apenas de despesa e não de lucro na unidade familiar, por isso cedo estavam “prontas” para o casamento (LINS, 2007).

Numa sociedade marcada pelo patriarcalismo e o machismo, as discussões de gênero ainda são muito recentes, tendo em vista o movimento feminista que

ganha força na década de 70. Até então, a mulher restringia-se ao lar, tendo como grande papel a função de ter os filhos e educá-los. A fim de zelar pelos bens acumulados do esposo, ao casar-se a mulher deveria garantir-lhe além da fidelidade, o registro de posse, herdando seu nome, e garantindo também os bens de seus descendentes diretos (LINS, 2007).

No cotidiano das enfermeiras obstetras, que lidam com o cuidado do corpo e suas expressões, a sexualidade é uma questão bastante presente, o que legitima a importância em estudar e compreender a temática para que se possa trabalhar essas situações no momento em que elas aparecem. A gestação é um período na vida da mulher na qual se gera uma maior variedade de sentimentos e dúvidas. Durante as atividades práticas, observei maior suscetibilidade expressada na exacerbação da ansiedade, na labilidade emocional e como parte dessa interação, a fisiologia corporal respondendo a esse processo. É fundamental a enfermeira acolher essas expressões e mostrar-se disponível para ouvir e responder às possíveis inquietações.

Nesse contexto, percebi a importância atribuída pelas mulheres no reconhecimento do papel da enfermeira, indo muito além do cuidado técnico, capaz de identificar e intervir no nascimento do prematuro.

A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal e perinatal em todo o mundo, principalmente em países de condições socioeconômicas desfavoráveis, com precária assistência médica pré-natal. De acordo com Iams (2002), cerca de 75% dos nascimentos prematuros são decorrentes do trabalho de parto espontâneo.

Na etiologia do trabalho de parto pré-termo englobam-se fatores maternos, comportamentais, alterações fetais e placentárias e condições socioeconômicas adversas. No entanto, cerca de 30% dos casos não são possíveis identificar os fatores causais, nesse grupo, devemos lembrar que se inserem os fatores emocionais, ainda pouco abordados (BRASIL, 2000a).

Com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 1990. A implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todos os estados, com base nos

dados de Cartório de Registro Civil e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por meio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. Assim, o SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema e o acompanhamento desses dados ao longo da história. O quadro a seguir traz uma breve relação do total de nascidos vivos no Brasil:

Quadro 1 – Nascidos Vivos – Brasil, 2008

Nascimento por Ocorrência por Duração Gestação e Região						
Período: 2005						
Duração gestação	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Menos de 22 semanas	47	272	334	96	54	803
De 22 a 27 semanas	698	2751	4397	1483	663	9992
De 28 a 31 semanas	1647	6116	9487	3119	1608	21977
De 32 a 36 semanas	13713	42741	72748	23983	13061	166246
De 37 a 41 semanas	293173	852179	1067928	359730	212186	2785196
42 semanas ou mais	3983	12380	8316	2832	2407	29918
Ignorado	1253	9138	8528	591	1452	20962
Total	314.514	925.577	1.171.738	391.834	231.431	3.035.094

Fonte: DATASUS/ SINASC – 2008.

Incluindo a ocorrência de nascidos vivos que tiveram a idade gestacional ignorada, o percentual total de prematuridade é de 6,6% no âmbito nacional. Os nascidos vivos na região Sudeste correspondem a 7,4% prematuros e em segundo lugar está o Nordeste brasileiro com 5,6% de prematuros nascidos vivos.

No quadro que se segue, trago os últimos dados disponíveis publicados sobre nascimentos prematuros por região.

Quadro 2 – Nascidos Vivos Prematuros – Brasil, 2008

Nascimento por Ocorrência por Duração Gestação e Região						
Período: 2005						
Duração gestação	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Menos de 22 semanas	47	272	334	96	54	803
De 22 a 27 semanas	698	2751	4397	1483	663	9992
De 28 a 31 semanas	1647	6116	9487	3119	1608	21977
De 32 a 36 semanas	13713	42741	72748	23983	13061	166246
Total	16.105	51.880	86.966	28.681	15.386	1.99.018

Fonte: DATASUS/ SINASC – 2008.

As estatísticas nos mostram o número alarmante de partos prematuros no Brasil, especialmente nas regiões Sudeste e Nordeste. Segundo estudo realizado por Cascaes *et al* (2008), existem diversos fatores de risco materno para a prematuridade, tais como, tipo de parto, cor da pele, idade, condições socioeconômicas, fumo, estado civil, tipo de ocupação, estado nutricional e alteração de peso. Outros fatores que podem ser considerados são de ordem genética, exposição a substâncias tóxicas e assistência pré-natal ausente ou tardia.

O estudo supracitado aponta que existem problemas relacionados à fonte de dados, como a provável subnotificação de registros. O formato das informações também pode ser um fator limitante. Um exemplo disso é a informação sobre idade gestacional no SINASC que é coletada de forma agrupada (faixas de idade gestacional) e não de forma contínua (número de semanas de idade gestacional), impedindo a avaliação mais precisa da prematuridade. Contudo, os dados do SINASC permitem a formulação de políticas públicas que visam à redução da mortalidade materna e neonatal (CASCAES *et al*, 2008).

A atual *Política de Atenção Obstétrica e Neonatal* e o *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento*, buscam enfrentar esse problema através da instituição de práticas assistenciais qualificadas no pré-natal, parto, puerpério e na atenção ao recém-nascido. Portanto, o SINASC, serve ainda como ferramenta para os profissionais da saúde na melhoria do cuidado e assistência às gestantes e neonatos.

A enfermagem pode atuar de forma significativa para a redução das complicações relacionadas à gestação de alto risco e a APP – por ser importante causa de mortalidade neonatal –, desenvolvendo ações pertinentes de prevenção que atendam à cliente e sua família, realizando orientações como repouso, abstinência sexual, identificação precoce das contrações que permitam assistir a cliente e a família em seu contexto socioeconômico e cultural.

O maior desafio na prática como enfermeira obstetra é oportunizar o cuidado sensível às mulheres com diagnóstico de APP, identificando e entendendo o processo vivido pela gestante de alto risco mediante a internação, através de uma prática com vistas à conscientização e a promoção do bem-estar físico e emocional. O que justifica a importância de se compreender as influências socioculturais no que se refere às relações de gênero e sua influência direta no exercício da sexualidade

frente à abstinência sexual.

Como estudar a gravidez de risco vivenciada pela mulher frente à ameaça de parto prematuro, sem relacioná-las às questões de gênero? De que forma as influências culturais e sociais podem interferir na abstinência sexual? Essas são perguntas que eu, na condição de mulher e enfermeira, questiono e busco respostas, porque sem elas percebo que existe um hiato a ser preenchido entre o cuidado prestado a essa gestante e o cuidado de que ela necessita.

Como base para orientar o estudo foi considerada a seguinte questão norteadora: Que fatores socioculturais interferem na abstinência sexual das mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro?

Esse estudo tem como objetivo: Discutir os fatores socioculturais e sua interferência na abstinência sexual das mulheres que vivenciam a ameaça de parto prematuro.

Essa pesquisa torna-se relevante para a enfermagem, e em especial para a enfermagem obstétrica, na medida em que se identificam fatores de interferência na sexualidade das gestantes que vivenciam a ameaça de parto prematuro e suas necessidades, que vão além dos fatores anatômicos e fisiológicos.

Dessa forma, este estudo contribuirá para construção de novos conhecimentos para a enfermagem na saúde da mulher, possibilitando delinear uma assistência capaz de articular saberes (popular e científico) e vivências, valorizando o universo dos atores envolvidos.

1 BASES CONCEITUAIS

1.1 Direitos sexuais e reprodutivos: aspectos históricos e as políticas públicas nacionais

Esse capítulo discorrerá sobre a evolução dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto histórico e no cenário das políticas públicas de saúde nacionais, com vistas à compreensão da maternidade de risco com enfoque no gênero.

Na sequência explanarei sobre a ameaça de parto prematuro e a influência fisiológica do ato sexual, e trarei à discussão as implicações da prematuridade na saúde do neonato. A apropriação desse conteúdo tem como propósito fornecer subsídios para o estabelecimento do diálogo durante a discussão e análise dos dados.

As condições de igualdade entre homens e mulheres são de longe um ideal a ser alcançado pela sociedade, porém observa-se uma evolução nesse sentido, embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido.

Para melhor se compreender as relações entre homens e mulheres é importante salientar a diferença entre os conceitos de sexo e de gênero.

Conforme Louro, Felipe e Goellner (2007), sexo é o corpo sexuado, constituído de genitais masculino ou feminino, biologicamente determinado por seu conjunto de características anatômicas e funcionais. Para Moreira (1997) a definição do termo gênero pretende desnaturalizar a divisão dos papéis segundo o sexo, como a representação do que é próprio aos homens e às mulheres como fruto da construção em que se articulam aspectos culturais, sociais, psíquicos e biológicos.

O conceito de gênero, inicialmente referia-se a comportamentos, atitudes que se inscreviam no corpo sexuado. Esse conceito tornou-se mais amplo e foi complexificado pelas feministas pós-estruturalistas, pois enfatiza os processos pelos quais a cultura constrói e distingue corpos e sujeitos femininos e masculinos, considerando a articulação do gênero com classes, etnias, sexualidade, geração, religião e nacionalidade. Dessa perspectiva verifica-se que existem muitas formas de

viver a feminilidade e a masculinidade, pois a cultura é dinâmica e viva, adaptando-se aos seus códigos, grupos, tradições e histórias (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007).

Neste contexto, existem obstáculos a serem superados no que se refere à equidade entre os gêneros relativos aos preconceitos, dogmas impostos pela cultura, como por exemplo, no acesso à renda, aos serviços de saúde, à educação, e especialmente no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, desrespeitando o direito humano de igualdade sem discriminação por sexo.

E com o objetivo de extinguir as diferenças, diversas medidas e recomendações vêm sendo adotadas pelos países-partes das Nações Unidas. As medidas e recomendações vêm de encontro à ideia de que os direitos sexuais tratam do direito à liberdade, privacidade, intimidade e autonomia, o que compreende a garantia do livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem qualquer tipo de discriminação, coerção ou violência, conforme afirma Ventura *et al* (2003).

A incorporação dos direitos sexuais e reprodutivos no cenário mundial vem se consolidando através de convenções, tratados, pactos e planos de ação de conferências internacionais das Nações Unidas, os quais servem como instrumentos e estabelecem princípios e diretrizes na proteção dos direitos sexuais e reprodutivos com vistas nos direitos humanos, sobretudo no enfoque das relações de gênero. Os tratados internacionais de direitos humanos, denominados convenções e pactos, são ratificados no pleno e livre exercício da soberania dos estados, gerando assim obrigações e responsabilidades no campo internacional e nacional. Pode-se afirmar que a existência de instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos envolve alguns elementos básicos como: a necessidade de adotar parâmetros mínimos de proteção aos direitos humanos; a criação de órgãos de proteção dos direitos humanos, como por exemplo, os comitês, as comissões e as cortes internacionais (BARSTED, 2001).

Os tratados internacionais são regidos por dois princípios básicos: 1) o *princípio da boa fé*, no qual os países devem ser responsáveis pelos compromissos assumidos de modo que sejam criadas políticas para sua implementação; 2) o *princípio da prevalência da norma mais favorável à vítima* que visa solucionar as contradições entre normas internacionais e nacionais. Nesse princípio prevalece a

norma que confere maior proteção e benefício à pessoa, protegendo o direito humano (BARSTED, 2001).

Para garantir e afirmar os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva de direitos humanos, existem vários documentos internacionais elaborados a partir de convenções, conferências e relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de Dezembro de 1948, e assinada pelo Brasil nessa mesma data, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, redigida sob o impacto da Segunda Guerra Mundial, quando ocorreram inúmeras atrocidades que feriram a dignidade humana. A partir desta data começou a se desenvolver a Carta Magna, que tem como princípios fundamentais a universalidade, a indivisibilidade e a interdependência entre os estados-partes. (VENTURA *et al*, 2003).

Além da elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos, foram criadas diversas convenções e pactos entre os estados-partes com vistas a garantir a aplicabilidade desses direitos; foram instituídos comitês para acompanhar o cumprimento desse instrumento sobre direitos humanos, aos quais os referidos países signatários devem enviar relatórios periódicos, expondo os progressos e as dificuldades na implementação dos planos de ação (VENTURA *et al*, 2003).

Dentro desses pactos estão envolvidas as questões dos direitos sexuais e reprodutivos. Assim, as principais convenções e comitês surgidos serão discriminados para que se possa traçar um panorama desses direitos. A primeira temática abordada foi a *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965)*. Esta convenção aconteceu como uma posição da ONU frente à luta contra o colonialismo e contra as formas de segregação devido à raça, trazendo o repúdio dos estados-partes dessa atitude; foi definido como discriminação racial:

Toda a distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência, origem nacional ou étnica que tenha por objetivo ou resultado anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício em igualdade de condições de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural, ou em qualquer outro campo da vida pública. (VENTURA *et al*, 2003, p. 24).

A partir dessa convenção foi criado o *Comitê sobre Eliminação da*

Discriminação Racial (CERD), o qual destaca (dentro dos direitos declarados na convenção) como importantes para os direitos reprodutivos e sexuais: o direito à liberdade e segurança da pessoa (artigo 5, letra b); o direito à igualdade no acesso à saúde (artigo 5, letra e, n. IV); o direito à educação (artigo 5, letra e V, e artigo 7); e o direito à igualdade no casamento e na constituição da família (artigo 5, letra d, IV) (VENTURA *et al*, 2003).

Já o *Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos* (1966) entre os estados-partes, garantiu às pessoas desses países a proteção dos direitos à vida, à integridade física, à liberdade e à igualdade, incluindo a igualdade no matrimônio, a vida privada, a intimidade, e a segurança pessoal, dentre outros direitos de cidadania, como o do voto (VENTURA *et al*, 2003).

Assim como as demais convenções e pactos, foi estabelecido um comitê, que periodicamente tem apresentado relatórios e comentários gerais sobre o pacto de 1966, que tem convergência direta com os direitos sexuais e reprodutivos, ao que vale destacar: o direito à vida, ao casamento, à constituição de família, à proteção da honra e da reputação, à igualdade entre homens e mulheres e o de se ver livre de tratamento desumano ou degradante.

Outro passo importante foi o *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (1966) que surgiu em conformidade com os princípios colocados na Declaração dos Direitos Humanos de 1948, reafirmando o princípio de reconhecimento da dignidade inerente a todos os seres humanos e dos seus direitos iguais e inalienáveis, constituindo os fundamentos da liberdade, da justiça e da paz em todo mundo. Dentre os princípios mais específicos sobre direitos sexuais e reprodutivos destacam-se: a igualdade em relação à saúde; o direito de estar livre a tratamento desumano ou degradante; o direito à proteção contra interferência ilegal na privacidade, na família e na casa; o direito ao casamento e à constituição da família e o direito à igualdade diante da lei e igualdade de proteção (VENTURA *et al*, 2003).

Alguns anos depois, em 1975, na 1ª Conferência Mundial da Mulher, no México, a ONU demonstrou sua preocupação a este grupo específico e acatou as reivindicações e propostas do movimento feminista para mudar as discriminações nas leis e cotidianos. Isto favoreceu a criação da *Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres* (1979), ampliando a gama de

temáticas sobre a igualdade de gênero em todas as esferas sociais (política, econômica, social e familiar), além de ter reconhecido os direitos relativos à saúde reprodutiva. Este instrumento fez a Assembleia Geral das Nações Unidas, reconhecer que a discriminação contra as mulheres viola os princípios dos direitos fundamentais humanos, como o de igualdade de direitos e o respeito à dignidade humana. Reforçando esta afirmativa, em 1993, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, reiterou-se de forma explícita que “os direitos das mulheres são direitos humanos”, reforçando a autoridade do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Committee on the Elimination Discrimination Against Women - CEDAW). Este comitê e suas recomendações são relevantes para a proteção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, pois é vigilante em relação a delitos de discriminação de gênero dos estados-partes (VENTURA *et al*, 2003).

Outra conquista dos direitos humanos foi a *Convenção Internacional contra a Tortura e outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984)*. Nesta convenção foi feita a seguinte definição de tortura:

Qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos físicos ou mentais são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter dela ou de terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência. (VENTURA *et al*, 2003, p. 31).

O comitê surgido a partir desta convenção traçou relevantes recomendações para a proteção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, pois reconhecem as violências e abusos sexuais e outros crimes de natureza sexual como atos de tortura e tratamento desumano e degradante.

A *Convenção sobre os Direitos da Criança (1989)* é um instrumento importante de proteção dos direitos humanos das crianças e adolescentes, e supera a ideia de que esse grupo etário como passível de intervenção da família, da sociedade e do Estado, sendo esta concepção a mudança de paradigma que estabeleceu as responsabilidades destas esferas com as crianças e os adolescentes. No campo da saúde sexual e reprodutiva este documento reconheceu

que as crianças e adolescentes tem a titularidade de direitos em diversos campos, como o direito à saúde, incluindo o direito e proteção à saúde sexual e reprodutiva (VENTURA *et al*, 2003).

Com o plano de ação da *Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (1994)*, a ONU trouxe novo paradigma, deslocando a questão demográfica para o campo das questões relativas aos direitos humanos para o âmbito dos direitos reprodutivos como direitos humanos, retirando de pauta definitivamente a necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater as desigualdades sociais. Além disso, o plano de ação ainda inclui o direito de toda pessoa usufruir, no mais alto nível possível, de saúde física e mental através do acesso universal aos serviços de atenção médica, incluindo aqueles relacionados à saúde reprodutiva e à saúde sexual, afirmando que não devem exercer nenhuma forma de coação ou estabelecer condição para prestar qualquer tipo de atendimento (VENTURA *et al*, 2003).

A *Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher (1995)*, assim como o plano de ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, não tem força de lei (como as convenções e pactos), porém possui poder normativo porque traça diretrizes na área de políticas públicas. No documento final desta conferência, que deu origem a esta plataforma de ação, foram reconhecidos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, enfatizando a questão da igualdade e da segurança sexual e reprodutiva das mulheres, sendo estes fundamentais para a saúde sexual e reprodutiva feminina. Também trouxe como dever aos estados-partes o reconhecimento de proteção destes direitos, através de legislação e políticas públicas voltadas para isto (BASTERD, 2001).

Com relação à família, é importante destacar que na Constituição Brasileira há ênfase que os direitos e deveres devem ser exercidos igualmente por homens e mulheres. A Carta Magna frisa ainda que o Estado deve criar mecanismos para coibir a violência doméstica e propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, que é de livre decisão do casal (BRASIL, 1999a).

No plano jurídico, nossa Constituição significou um marco no tocante aos novos direitos da mulher e à ampliação da cidadania. Por exemplo, a proibição da diferença de salários, exercício de funções e de critérios de admissão por motivos de

sexo, idade, cor ou estado civil. Pesquisas realizadas pela Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (Advocaci, 2003), apontam para o fato das mulheres receberem salários menores que os dos homens, desempenhando a mesma função. Realidade visivelmente observada na sociedade brasileira, embora nossa Constituição assegure direitos iguais entre homens e mulheres (VENTURA *et al*, 2003).

Entretanto, em alguns setores da sociedade civil é possível observar uma diminuição dessas diferenças. Como exemplo, na ocupação de cargos eletivos, nos quais é obrigatória a reserva de 20% dos cargos para eleições as mulheres (Lei de Cotas, 1995) (VENTURA *et al*, 2003).

Embora esses instrumentos internacionais de direitos humanos e os esforços nacionais de movimentos feministas visem à igualdade entre os gêneros, como já citado anteriormente, vale reforçar que ainda estamos longe de alcançar igualdade entre homens e mulheres.

Os direitos humanos podem ser concretizados na aplicação qualificada das constituições, leis nacionais e convenções regionais e internacionais. No Brasil, a Constituição de 1988, a lei maior, que normatiza os limites e atribuições dos poderes públicos, bem como os direitos políticos e individuais dos cidadãos, vai predominantemente no sentido dos direitos humanos (BRASIL, 1999a).

Neste sentido, a Constituição Brasileira e a Declaração Universal dos Direitos Humanos devem ser usadas como fonte de inspiração para elaboração, implementação e avaliação de programas de saúde da mulher para garantir atendimento digno e de qualidade que conduzam ao bem-estar físico, mental, social e espiritual. Com relação à Constituição Brasileira pode-se observar a garantia que cada mulher e cada casal tem no direito de decidir qual o número de filhos que deseja vir a ter, por isso a política atuante é o planejamento familiar e não o controle de natalidade. Essa liberdade de planejamento consciente da família é chamada de direitos reprodutivos.

Na perspectiva dos direitos humanos, o direito sexual e o direito reprodutivo também pode ser observado na Plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim (1995), parágrafo 96:

Os direitos humanos das Mulheres incluem o direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, à saúde sexual e à

saúde reprodutiva, de decidir livremente questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. (VENTURA *et al*, 2003, p. 57).

Em 1994, no ano anterior, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, os estados signatários assumiram a obrigação de garantir políticas públicas que garantam os direitos reprodutivos com ênfase no direito à saúde sexual e reprodutiva, baseado no conceito de que saúde não é mera ausência de enfermidade ou doença, mas a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se ou não, quando e com a frequência desejada (VENTURA *et al*, 2003).

Nas políticas públicas pode-se observar que existe, no plano das ideias, a vontade de se cumprir as obrigações do Estado, garantidas na Constituição da República Federativa do Brasil, artigo 226, parágrafo 7, que trata da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais e dos compromissos assumidos na esfera internacional dos direitos humanos (BRASIL, 1999a).

Neste sentido, o MS em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a). Além disso, o Ministério da Saúde apresenta vários manuais que visam garantir uma assistência de qualidade à mulher em todo o seu ciclo de vida, respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos e procurando diminuir a morbi-mortalidade materna.

Entre estes manuais e programas estão: Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade de governo (BRASIL, 2005a); Atenção humanizada ao abortamento (BRASIL, 2005b); 2004 Ano da mulher (BRASIL, 2004b); Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes (BRASIL, 2004c); Controle do câncer de mama (BRASIL, 2004d); Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada (BRASIL, 2001); Projeto nascer (BRASIL, 2003); Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru (BRASIL, 2002a); Planejamento familiar: manual para o gestor (BRASIL, 2002b); Prevenção do câncer do colo de útero (BRASIL, 2002c); Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situação de risco de morte materna (BRASIL, 2000c); Assistência pré-natal (BRASIL, 2000b); Gestação de alto risco

(BRASIL, 2000a); Trabalhando com parteiras tradicionais (BRASIL, 2000d); Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 1999b); Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 1993); Como ajudar as mães a amamentar? (BRASIL, 1998); Assistência ao planejamento familiar: manual técnico (BRASIL, 1996a).

Assim, os profissionais possuem uma referência para garantir o princípio da universalidade, ou seja, direitos iguais, sem esquecer o princípio da diversidade, reconhecendo as diferenças na população.

As propostas e diretrizes para o período de 2005 a 2007 referidas nas Normas e Manuais Técnicos da Série Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade de Governo são 14, a saber: 1) Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; 2) Elaboração e distribuição de manuais técnicos e cartilhas educativas; 3) Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência e planejamento familiar; 4) Seminário para pactuação da Política nacional para atenção integral à saúde da mulher; 5) Atenção à reprodução assistida na rede SUS; 6) Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; 7) Ampliação do programa saúde e prevenção nas escolas; 8) Termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 9) Elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul; 10) Apoio e desenvolvimento de pesquisas; 11) Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens; 12) Atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão; 13) Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres em situação de abortamento; 14) Pacto nacional para redução da mortalidade materna e neonatal.

Alguns desafios são garantir os seguintes elementos referidos no Manual da Assistência ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde, de 1996, mas que pode ser estendido a todos os manuais e programas: busca ativa da clientela na comunidade; controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimos; instrumento de registro e estatística; medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contra-referência e avaliação das ações da assistência.

O conhecimento e a compreensão dessas recomendações servirão como

instrumento na elaboração das legislações, das políticas públicas e no dever do cidadão de garantir esses direitos e exercer a sua cidadania, principalmente nos grupos vulneráveis. O reconhecimento das questões dos direitos humano, sexual e reprodutivo, é de responsabilidade internacional e pessoal.

No âmbito pessoal é preciso saber que todos são titulares dos direitos que todo indivíduo possui “direitos naturais” que devem ser reconhecidos, respeitados e garantidos, obrigatoriamente, pelos governos. Neste sentido a titularidade significa não só ter direito, mas também poder exercer esses direitos, ou seja, para um indivíduo ser titular de direitos é necessário um conjunto de condições que implicam tanto na existência de uma declaração formal desses direitos, em leis nacionais e internacionais, na correspondência entre esses direitos e os costumes, valores e comportamentos sociais, e na implementação efetiva desses direitos, como na introjeção dos mesmos nas representações sociais, incluindo o próprio sentimento de titularidade (VENTURA *et al*, 2003).

Para melhor compreender a evolução das políticas públicas nacionais na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, primeiramente, narrarei de forma sucinta os fatos relevantes que caracterizam seu contexto histórico a partir das décadas de 60.

Na década de 60 a sociedade brasileira vivia um processo acelerado de urbanização e industrialização, o qual refletia em modificações na expectativa reprodutiva, pois os brasileiros tendiam a desejar famílias menores. Concomitantemente surgiam as instituições de caráter privado que desenvolviam programas de controle de natalidade. Esse movimento apoiava-se na teoria antinatalista que relaciona a riqueza inversamente ao crescimento populacional. Como consequência, proliferaram essas instituições denominadas de “[...] planejamento familiar que disponibilizavam contraceptivos e utilizavam como medida de controle social a esterilização em massa, principalmente em mulheres de baixa renda.” (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2002).

De acordo com Tyrrell (1998), nessas décadas de 1960 e 1970, as políticas públicas de saúde da mulher estavam voltadas basicamente para a assistência à mulher no processo da reprodução (gestação, parto e nascimento).

Ainda nesse período, o movimento feminista, por ocasião da década da mulher (1975-1985) contribuiu para conquistas, no que concerne a direitos e a cidadania igualitários, e trouxe à tona debates evidenciando novas concepções que valorizavam o respeito à individualidade e às questões de gênero. Esses direitos, posteriormente conquistados, foram incorporados à Constituição Federal (1988), que assegura: “O planejamento familiar como livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições federais ou privadas.” (BRASIL, 1999a).

Especificamente no ano de 1984, foi elaborado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), independente da Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que serviu como base para a construção de uma política pública com inovações conceituais e programáticas, inovando a assistência à saúde da mulher com a integralidade das ações e um modelo que passava a considerar o ciclo vital da mulher, embora seu enfoque principal ainda centrava-se baseado no ciclo reprodutivo feminino (TYRRELL, 1998).

Outro marco na elaboração dessas políticas públicas se deu dois anos depois, com a Conferência Nacional de Saúde da Mulher (1987), que abordava a garantia do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994), discutiu e proporcionou a evolução do conceito de saúde reprodutiva, ampliando a cidadania feminina, para além da maternidade. Definiu como base dos programas da população e desenvolvimento a promoção da equidade e da igualdade entre os sexos, e a promoção dos direitos das mulheres, assim como a eliminação de todo tipo de violência contra as mulheres, de modo a assegurar que elas controlassem a sua própria fecundidade, sem qualquer forma de coação (VENTURA *et al*, 2003).

No ano seguinte, o documento da IV Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995) reconheceu os direitos sexuais e reprodutivos, e enfatizou a necessidade da garantia da igualdade e da segurança sexual e reprodutiva das mulheres.

Igualmente evoluíram os indicadores de saúde relativos à morbidade e mortalidade, apontando óbitos de mortalidade infantil originários do período

perinatal.

Tendo em vista que esses óbitos podem ser prevenidos em sua maioria, por meio de uma ação integrada e com cobertura abrangente, o Ministério da Saúde criou normas de assistência pré-natal com base no processo saúde-doença. Definiu-se então “enfoque de risco” como “[...] todos os indivíduos tem a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo maior a probabilidade para uns que para outros.” (BRASIL, 2000a, p. 11).

Toda gestação traz em si risco, porém as gestações diferem segundo o grau de risco que se apresente, ou seja, estabelecendo um gradiente que vai do mínimo ao máximo, a probabilidade, tanto para o feto quanto para a mãe, de sofrer danos à saúde. Essa probabilidade máxima é denominado de “gestantes de alto risco”. Assim, os fatores geradores de risco são agrupados atualmente em quatro grupos: 1) características individuais (idade menor que 17 e maior que 35 anos, altura menor que 1.45m, peso inferior a 45 kg e superior a 75 kg); e condições sociodemográficas desfavoráveis (ocupação, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, condições ambientais, dependência de drogas); 2) história reprodutiva anterior à gestação atual (nuliparidade e multiparidade, abortamento habitual, síndrome hemorrágica e hipertensiva); 3) doenças obstétricas na gestação atual (diabetes, amniorrex prematura); 4) intercorrências clínicas (hipertensão arterial, cardiopatias, hemopatias, doenças infecciosas) (BRASIL, 2000a).

A gravidez de risco pode ser considerada como “[...] aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou feto e/ou recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada.” (BRASIL, 2000a, p. 13)

Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando sobretudo uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, lei nº 8.080 e lei nº 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde.

Em 1998, o MS criou mecanismos de implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar às Gestantes de Alto Risco. Assim, as gestantes de alto risco são contempladas pelo princípio da equidade do SUS, segundo o qual cada pessoa deve ter atendimento de acordo com suas necessidades específicas (BRASIL, 2000a).

No ano de 2000, o MS publicou um manual de normas técnicas voltadas à gestação de alto risco apresentando procedimentos que visam contribuir com a capacitação dos profissionais para atender as necessidades desse segmento.

Na perspectiva de melhorar a qualidade de assistência à saúde da mulher o MS lançou o PAISM 2004 com maior enfoque no gênero. No que tange à gestação de alto risco, esse programa tem dentre seus objetivos gerais “[...] contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.” (BRASIL, 2004a, p. 11).

Os objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004e) visam construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo; melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.

Ao conhecermos a evolução dos direitos sexuais e reprodutivos e das políticas em saúde da mulher, é possível compreender a inserção da mulher em ameaça de parto prematuro no cenário nacional. Para ampliar o entendimento do leitor e incrementar a discussão dos resultados dessa pesquisa, farei a seguir, algumas considerações pertinentes à gestação de risco e à ameaça de parto prematuro.

1.2 Gestação de risco e ameaça de parto prematuro: aspectos biológicos

A gravidez pré-termo é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 145 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Nesse período o trabalho de parto caracteriza-se por contrações a cada 5 a 8 minutos. E modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2 cm e/ou apagamento do colo maior que 50% (BRASIL, 2000a).

Como etiologia do trabalho de parto prematuro (TPP) existem: **fatores maternos** – partos prematuros anteriores, placenta prévia, aminiorrex prematura, polidrâmnio, infecções do trato urinário, corioamnionite, infecções vaginais, incompetência istmo-cervical, malformações uterinas, cirurgias na gestação atual, amputações de colo, e outros tipos de infecções; **comportamentais** – tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares inadequados, traumatismos, uso de drogas, esforço físico intenso; alterações fetais e placentárias e condições socioeconômicas (BRASIL, 2000a).

Pode-se perceber que nem todas as gestações de alto risco necessariamente levarão a ameaça de trabalho de parto prematuro, e se deve considerar a etiologia e os fatores preditivos como os de risco, já citados, que poderão deflagrar as contrações regulares e as modificações cervicais. Sendo assim, a partir do risco diagnosticado é que se traçará a conduta assistencial.

Dentre as medidas de prevenção encontram-se consultas pré-natais amiúde, orientação quanto à prevenção de infecções genitais e urinárias, exames bacterioscópios e cultura do conteúdo vaginal. Em alguns casos orienta-se o repouso relativo (diminuição das atividades físicas e sexuais), ou o repouso absoluto (restrito ao leito), incluindo abstinência sexual (GOLDENBERG; MERCER; IAMS *et al*, 1997).

Assim, é importante compreender a fisiologia do ato sexual e as possíveis influências desse risco iminente no desencadeamento do trabalho de parto prematuro na gestação.

O útero é um órgão constituído por fibras musculares lisas e tem a capacidade de contrair e relaxar involuntariamente através de estímulos que podem

ser mecânicos ou químicos. Durante o ato sexual esses estímulos atuam, convergindo para essa musculatura (GUYTON; HALL, 2006).

Quando falo em estímulo mecânico durante a penetração vaginal faço referência ao contato direto do pênis no canal vaginal e no colo do útero. Já os estímulos químicos poderão ser desencadeados através da ejaculação masculina e do orgasmo feminino.

Ao ejacular, o homem libera o sêmen. De acordo com Piato (1975), na década de 30 o pesquisador Euler chegou à conclusão da existência de uma substância presente no sêmen que estimulava o miométrio, a musculatura lisa do intestino. Imaginando que essa substância era produzida na próstata, denominou-a de prostaglandina. Posteriormente, em 1959, descobriu-se que sua produção era proveniente das vesículas seminais. Mesmo assim, a nomenclatura foi mantida.

Euler descreveu que a prostaglandina liberada durante a ejaculação é conduzida através do canal vaginal por meio de contrações, até a cérvix, seguindo para as tubas uterinas. Essa substância tem a propriedade química de relaxar as fibras musculares miométricas favorecendo a dilatação do colo uterino. O que pode representar um fator de risco para a mulher em ameaça de trabalho de parto prematuro (PIATO, 1975).

No orgasmo feminino, há a liberação de hormônios como as catecolaminas que interferem no aumento da pressão arterial, na frequência cardíaca. Durante esse período, a hipófise libera a ocitocina, um hormônio capaz de contrair a musculatura vaginal e uterina irregularmente, o que poderia desencadear o trabalho de parto na gestação em questão. Sabe-se também que a endorfina é um hormônio e que atua sistemicamente como relaxante o que pode favorecer na dilatação da cérvix (PRATSCHKO; SIEFER, 2004).

A inibição do trabalho de parto prematuro envolve além da terapia medicamentosa com uterolíticos, medidas preventivas determinantes na progressão de APP. Dentre essas, vale ressaltar a importância da orientação pertinente sobre abstinência sexual, o repouso, e higiene na prevenção das infecções, exemplos de cuidado que devem ser estimulados na prática assistencial do enfermeiro na prevenção do nascimento prematuro.

A decisão de se prolongar a gestação requer a análise cuidadosa das

condições materno-fetais. Diante de situações que tornem hostil o ambiente intrauterino, ou que se agravem com a continuidade da gestação, não se deve inibir o trabalho de parto. Para Bezerra, Oliveira e Latorre (2006, p. 224) são “[...] contra-indicações absolutas para a tocólise: o sofrimento fetal, anomalia incompatível com a vida, corioamnionite, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia severa, hemorragia materna e intenso comprometimento do desenvolvimento fetal.” O fato de inibir as contrações uterinas com medicamentos não significa que o parto será adiado por um período que seria clinicamente benéfico, isso não significa que o resultado será melhor. Toda droga suficientemente eficaz para inibir as contrações uterinas pode ter outros efeitos na mãe e no concepto que são indesejáveis e devem ser levados em consideração. (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006).

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a prematuridade, ainda nos dias atuais, é um grande problema na atenção obstétrica e neonatal, constituindo-se uma das causas de morbidade e mortalidade de recém-natos. Dados de 2003 do Ministério da Saúde apontam prevalência de recém-nascidos prematuros em nosso país de 6,4%, com alguma variação dependendo da região (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006).

No Brasil, estudos recentes em área urbana indicam taxa de prematuridade tão alta quanto à americana: acima de 10% (CAMPOS *et al*, 2004). Porém, nos países em desenvolvimento, predominam os partos prematuros e recém-nascidos com baixo peso, desencadeados por más condições sociais e econômicas, infecções e um precário atendimento pré-natal. Assim, o baixo peso no nascimento e a prematuridade, são fatores importantes de óbito, e suas causas são preveníveis e relacionadas com a qualidade de atenção perinatal – o que difere dos países desenvolvidos em que predominam óbitos por malformações congênitas. (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006).

O risco de mortalidade e morbidade neonatal é inversamente associado à idade gestacional ao nascer, sendo que os partos prematuros espontâneos antes da 35ª semana e, especialmente, antes da 32ª semana de gestação têm sido fortemente associados à infecção intrauterina (ROMERO *et al*, 2002). O subgrupo de bebês nascidos antes da 32ª semana de gestação, aproximadamente 2% dos nascidos vivos, responde pela maioria das mortes e problemas neurológicos neonatais (AHRQ, 2000).

A importância clínica do diagnóstico precoce do trabalho de parto pré-termo está na possibilidade de aumentar a duração da gestação, mediante intervenção em tempo hábil que permita melhorar o peso fetal ao nascer, associado à diminuição da morbidade e mortalidade neonatal (FONSECA, 1999). Tendo em vista esse aspecto, é importante considerar o início do pré-natal o mais precoce possível, assim como recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural

O referencial teórico que respalda esse estudo é a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da Enfermeira Madeleine Leininger, pois pauta-se na visão holística do cuidado. A teoria afina-se à pesquisa por considerar as dimensões da estrutura cultural e social que influenciam na sexualidade das mulheres que tiveram a experiência de ameaça de parto prematuro durante a gestação.

A ideia desta teoria surgiu a partir da experiência de Leininger em uma clínica psiquiátrica, na assistência de enfermagem às crianças com doenças mentais de diferentes culturas. As crianças africanas, judias, alemães e anglo-americanas expressavam suas diferentes culturas no brincar no comer e no interagir. Ela percebeu que apenas o conhecimento sobre a psicoterapia e a saúde mental não eram suficientes para atender e ajudar no cuidado a essas crianças, pois assim como o comportamento, a saúde mental também era influenciada pela cultura (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Após a Segunda Guerra Mundial, evidencia-se o hiato das práticas do cuidado diante das diferentes culturas, já que a terapêutica não mais se adequava às origens culturais (LEININGER; McFARLAND, 2006). Como enfermeira, Leininger vivenciou a interferência da diversidade cultural no cuidado diário, e identificou a necessidade de desenvolver uma assistência congruente à cultura.

Madeleine Leininger relata sua experiência na década de 40, momento que a alta tecnologia ainda não havia sido introduzida no ambiente de trabalho hospitalar. Nessa época, o cuidado de enfermagem era centrado nas habilidades das enfermeiras e no comprometimento moral de melhorar e manter o bem-estar de seus clientes. Era esperado um cuidado compassivo e completo que incluía o ambiente, a família e o espírito (SILVA, 2003).

Em seus estudos, a teórica relata que na escuta atenta dos pacientes narradas pelas enfermeiras, os clientes referiam grande satisfação no atendimento.

Eles classificavam como cuidado “bom de enfermagem” ou a “boa enfermeira”, baseados no atendimento humanístico recebido que contemplava a vida ética, moral, espiritual e as necessidades psicológicas (SILVA, 2003).

A partir da década de 50, e após a introdução da alta tecnologia, a rotina da enfermeira sofreu grandes mudanças, como o manuseio de novos equipamentos e administração de novos tratamentos (LEININGER; MACFARLAND, 2006). Essas modificações refletiram na assistência direta de enfermagem em detrimento do cuidado que oportunizava conhecer a fundo a vida e as necessidades dos clientes.

Na busca de ampliar e preencher seu conhecimento sobre os fatores culturais na saúde, Leininger encontrou apoio na antropologia – disciplina que não fazia parte de sua grade curricular em enfermagem. Durante a graduação em antropologia, a mesma esmerou-se no desenvolvimento da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, tendo como enfoque a enfermagem e seus resultados na saúde (LEININGER; MACFARLAND, 2006).

Após a disseminação da teoria reconheceu-se a importância da associação da cultura e do cuidado no conhecimento científico da formação das enfermeiras, o que culminou no reconhecimento da enfermagem transcultural como disciplina básica na graduação de enfermagem.

A enfermagem transcultural foi definida como:

Sub-campo ou ramo da Enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e as práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença. (LEININGER; McFARLAND, 2006, p.15).

A Teoria do Cuidado Cultural Diversidade e Universalidade começou a ser formulada por Leininger na década de 70. Nela discute-se a importância do conhecimento da cultura de determinados “grupos”, sejam eles famílias, clãs ou povos, para que possam ser cuidados.

Essa teoria se difere das que focam os sintomas e tratamento de doenças, pois visa às práticas do cuidado à saúde de sadios ou enfermos, pautada na visão humanística que considere os fatores que influenciam seu modo de vida e bem-

estar, respeitando os valores culturais (SILVA, 2003).

Para Leininger o termo *cuidado* conduzia a dois diferentes significados, quais sejam: o cuidado científico, sendo esse pré-definido, referência de indicadores precisos, mensuráveis, identificados e controláveis na assistência às pessoas; e o cuidado humanístico, referente à compreensão do ser humano, orientando-o ou possibilitando-o ao desenvolvimento de melhoria de suas condições de saúde e modos de vida, a partir da compreensão e conhecimento do ser natural (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A Teoria do Cuidado Cultural aborda o cuidado humanístico e nela destacam-se os conceitos de cuidado e cultura definidos respectivamente: 1) fenômeno abstrato e/ou concreto – definido como experiências ou ideias assistenciais de apoio, dirigidas a outros com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar uma condição humana ou modo de vida; 2) valores, crenças e regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados através das gerações. O cuidado e cultura juntos formam uma construção teórica poderosa, acreditada como essencial à saúde, bem-estar, e sobrevivência (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Para Leininger e McFarland (2006), o cuidado cultural constitui-se de valores, crenças e modos de vida, sejam eles objetivos ou subjetivos, que auxiliam, sustentam indivíduos ou grupos, a manter seu bem-estar, melhorar sua condição ou modo de vida ou lidar com a doença, deficiência ou morte.

Visando atender as dimensões do cuidado cultural, Leininger desenvolveu “capacitadores” (facilitadores), objetivando descobrir, explicar, ou mesmo aprofundar os fenômenos sobre a cultura e o cuidado.

O “Modelo de Sunrise” (Modelo de Sol Nascente) é um facilitador que tem como objetivo orientar o pesquisador na exploração das dimensões que irão influenciar no cuidado cultural. Esse modelo em forma de Sol nascente, traz em sua estrutura três níveis dimensionais os quais abrangem os fatores que influenciam no cuidado de acordo com o grau de complexidade; seu fluxo se inicia da parte externa para a interna. A aplicação desse modelo permite obter subsídios para a descoberta de fatores que estejam dificultando ou impedindo o cuidado. Vale observar que todos os fatores se inter-relacionam direta ou indiretamente, e assim influenciarão o

padrão de cuidado e a saúde (bem-estar), como mostra a figura a seguir:

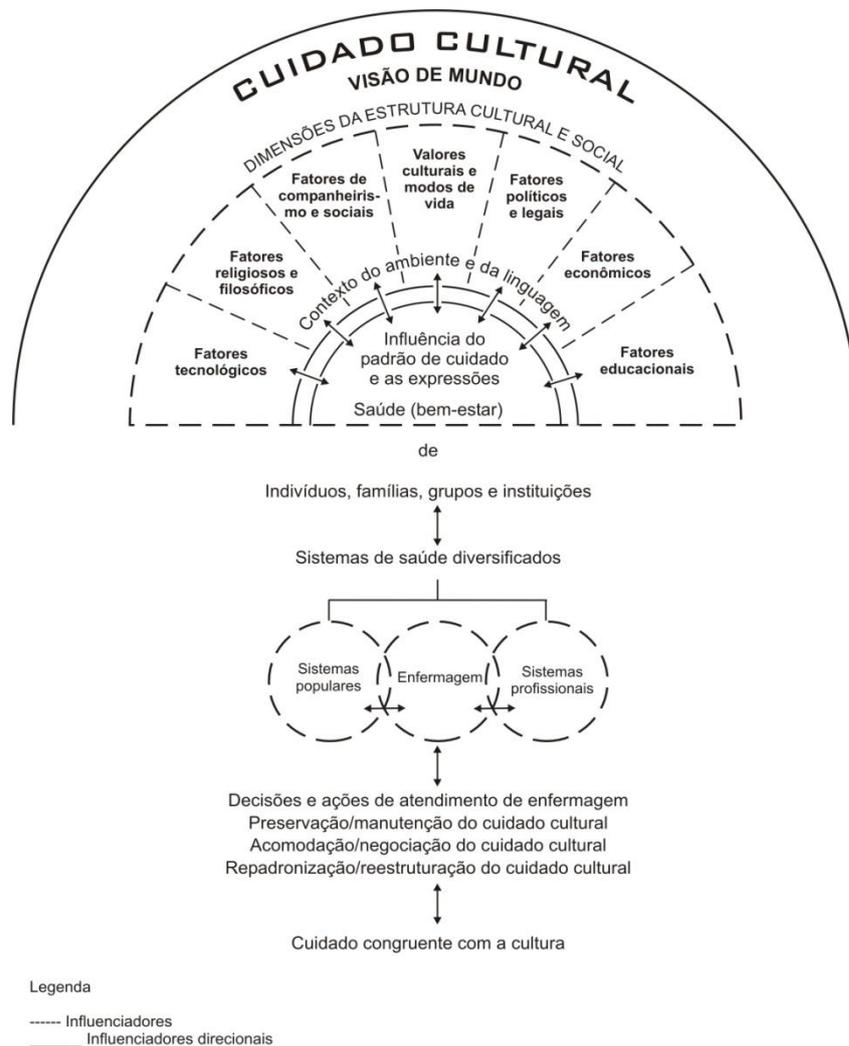


Figura 1 – Modelo de Sunrise (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O primeiro nível abrange o conjunto de valores e crenças que irão influenciar na “Visão de Mundo” que é definida como a maneira que as pessoas se veem no mundo, seu valor em torno da vida, ou no mundo ao seu redor. Dentro da “visão de mundo” desdobra-se um leque de fatores da estrutura social que inclui: religião, relações sociais, fatores políticos e legais, educação, economia, tecnologia, valores culturais como as diferenças de gênero e de classe. Essas dimensões da estrutura cultural e social influenciam as expressões de cuidado e de significados e na saúde (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

As “dimensões da estrutura cultural e social” são definidas como:

Os padrões, os aspectos dinâmicos e as características dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma cultura em particular (sub-cultura ou sociedade) que incluem os fatores culturais, religiosos, companheirismo/familiar (social), político (ético/legal), econômico, educacional, tecnológicos, etnohistóricos e como esses fatores podem estar inter-relacionados para influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais. (LEININGER; McFARLAND, 2006, p. 47).

No segundo nível são estudados o cuidado e a saúde, e incluem os indivíduos, famílias e culturas no contexto social, em busca de seus significados e de suas expressões. Dessa forma, pode-se perceber a importância da enfermeira conhecer os aspectos subjetivos e objetivos que influenciam no modo de vida e bem-estar, seja de forma direta ou indireta, pois estes implicarão na saúde (bem-estar) das pessoas, ou grupos.

No terceiro nível são estudados os sistemas profissional e popular, e características de semelhanças e diferenças, que se relacionam com a enfermagem. Para isso, é preciso que o pesquisador aproprie-se do conhecimento *emic* (interno) e *etic* (externo), ou seja, o conhecimento do informante contrastando com o conhecimento do profissional. Sendo assim é necessário recorrer à literatura disponível para embasar suas discussões acerca do cuidado e dos fenômenos culturais de seu mundo.

De acordo com Rosa, Lucena e Crossetti (2003, p. 17) é importante que a enfermeira/pesquisadora tenha a intenção de “[...] compreender a visão de mundo, as atitudes, os significados e as experiências das pessoas, para conhecer sua realidade e suas verdades.”

Para Silva (2003, p. 42) “[...] os indivíduos, famílias ou grupos culturais estão envolvidos em todo processo e atuam ativamente como co-participantes.” A autora afirma que essa dinâmica é importante para manter e adquirir dados ricos, e estimular a participação dos indivíduos. Assim, seus significados especiais, provavelmente farão que esses levem a cabo as decisões ou plano de cuidados por um período mais longo.

Ao identificar esses fatores que influenciam no modo de vida e no bem-estar a enfermeira poderá desenvolver um tipo de cuidado de enfermagem congruente com as culturas, e traçar modos de ação que irão promover o cuidado cultural.

Leininger previu três modalidades de ação ou decisão:

- *Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural* – “atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudavam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.8);
- *Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural* – “ações e decisões que assistiam, acomodavam, facilitavam ou capacitavam o cuidado e que ajudavam as culturas a se adaptar ou negociar com outros pelo cuidado congruente” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.8);
- *Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural* – “ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitativas, ou de capacitação que ajudariam as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores (ou benéficos) padrões de cuidado à saúde, práticas, ou resultados.” (LEININGER; MCFARLAND, 2006, p.8).

A partir da modalidade de ação do atendimento pode-se então prestar um cuidado congruente, ou seja, ajustado aos valores, significados para a prestação de um cuidado satisfatório que vise o bem-estar.

Para que seja efetivo, o cuidado não deve apenas perpassar pela cultura; a enfermeira deve apropriar-se dela, a fim de construir com o cliente as ações necessárias ao bem-estar (SILVA, 2003).

Em seus estudos, Leininger identificou os significados e as expressões do cuidado humano e a influência na saúde e bem-estar de determinados grupos, considerando os contextos culturais. Atualmente, muitas pesquisas na área de enfermagem utilizam a Teoria do Cuidado Cultural da Diversidade e da Universalidade e mostram a necessidade de estudar os contextos culturais para melhor planejar e implementar a assistência (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Oriá, Ximenes e Alves (2006) realizaram um estudo documental de trabalhos (de conclusão de curso de pós-graduação do tipo *stricto sensu*, em enfermagem no Brasil) que utilizaram a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado

Cultural. Como fatores de exclusão foram desconsiderados os estudos que fizeram uso estritamente da abordagem etnográfica e os que tiveram apoio em outros autores como referencial metodológico.

A busca foi feita através do Banco de Dados Virtual da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), nas diversas áreas do conhecimento entre 1987 e 2001. Como resultados obtiveram 26 dissertações e 10 teses, apresentadas aos programas de Pós-Graduação no período de 1993 a 2001, sendo a maioria dos estudos procedentes de Santa Catarina e do Ceará. Evidenciou-se que a área temática que mais se destacou, tanto em número de teses como dissertações foi a área de saúde da mulher. O estudo sobre a utilização da Teoria do Cuidado Cultural da Diversidade e da Universalidade revelou que sua aplicação no desenvolvimento de dissertações e teses em enfermagem demonstra a aceitação da teoria no contexto brasileiro, assim como a eficácia para compreender a cultura singular das diferentes clientela da enfermagem (ORÍÁ, XIMENES; ALVES, 2006).

O reconhecimento dessa teoria tem servido para alertar sobre a influência da cultura no cuidado, e ainda, resgatar a relevância da influência cultural sobre o comportamento humano, pois o profissional precisa estar envolvido no processo de cooperação, respeito à diversidade cultural e abertura para o diálogo (SOUSA; BARROSO, 2008).

A partir dessa construção, pode-se entender que o cuidado está inserido nas diferenças e semelhanças culturais, ou seja, na dimensão da diversidade e da universalidade cultural.

Assim, é possível aplicar a teoria através dos tempos, atualizando-a conforme os contextos diversos e específicos, a fim de prestar um cuidado holístico, respeitando as diferentes culturas e modos de vida.

Trazendo a Teoria do Cuidado Cultural para esse estudo, vale a pena um breve resgate de aspectos históricos e socioculturais que estão atrelados ao papel atribuído à mulher brasileira.

A sociedade patriarcal e cristã imprimiu suas marcas culturais na identidade feminina, especialmente no protagonismo reprodutivo e na submissão hierárquica social, incutidas até hoje. No patriarcalismo, a menor unidade social, a família,

centrava-se no poder e na autoridade do pai. Cabia então à mulher “naturalmente” subordinar-se ao homem.

A Igreja Cristã encarregava-se de reforçar o matrimônio e a responsabilidade feminina na procriação e no zelo por suas crias. Resquícios dessa herança cultural ainda vigoram. Apesar das grandes mudanças vividas, é possível podemos reconhecê-las na responsabilidade da mulher em educar seus filhos e na “vocação” que esta tem para a maternidade.

De acordo com Lins (2007, p. 129) “A pressão ideológica é tanta que muitas mulheres se convencem que desejam ter filhos sem que esse desejo realmente exista. Nesse caso, a maternidade é vivida com muita frustração e culpa.”

Essa herança cultural remete à minha experiência, principalmente no cuidado à mulher em ameaça de parto prematuro. Na gestação de risco alguns aspectos devem ser considerados por contribuir como fatores agravantes como a negação, a culpa, a raiva, os desafios adaptativos que surgem no decorrer da gestação, os medos, entre outros que variam de acordo com a história vivida por cada mulher.

Nessa perspectiva, a Teoria do Cuidado Cultural aplica-se a esse estudo por considerar os aspectos da estrutura cultural e social que influenciam na sexualidade das mulheres que tiveram a experiência de ameaça de parto prematuro durante a gestação, e por permitir a adoção de ações que poderão prover o cuidado cultural, compreendendo-a e respeitando-a em seus contextos diversos e específicos, a fim de prestar um cuidado holístico.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo do estudo

O tipo do estudo escolhido por mim é descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, pois permite o aprofundamento do caráter social e a construção do conhecimento, objetivando a transformação da realidade. Nesse contexto, encontro apoio em Minayo (2002, p. 21) quando afirma que a pesquisa qualitativa aborda “[...] o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”

A escolha dessa abordagem metodológica, permitiu maior aproximação com a intimidade feminina e sua sexualidade. Ao trabalhar com as experiências cotidianas das mulheres que vivenciaram a ameaça de parto prematuro, foi possível identificar e compreender os fatores socioculturais e sua interferência na abstinência sexual.

A pesquisa qualitativa dispõe de um ciclo de eventos: a fase exploratória, o trabalho de campo, e o tratamento do material coletado (ordenação, classificação e análise propriamente dita). A ideia do ciclo da pesquisa visa mostrar a complementaridade dessas fases, e não dividi-las em etapas sólidas (MINAYO, 2002).

Nesse estudo, a *fase exploratória* consistiu na construção do projeto para interrogar o objeto de estudo, delineando seus pressupostos. Ainda nessa fase, houve a apropriação da temática através do levantamento bibliográfico sobre sexualidade, gestação de alto risco, ameaça de parto prematuro, abstinência sexual, gênero e cultura, dentre outros assuntos já discutidos no capítulo 1. Após a revisão bibliográfica, busquei teorias pertinentes que dessem sustentação teórica a esse estudo, sendo essas a multireferencialidade e a Teoria do Cuidado Cultural da Diversidade e da Universalidade. Para finalizar, foi feita a eleição das técnicas de coleta de dados para a operacionalização da pesquisa. Assim, elaborei um formulário e a entrevista aberta, fundamentais para dar cabo dos objetivos dessa

pesquisa.

Após essa fase, realizei o *trabalho de campo*, que combinado ao levantamento bibliográfico, aplicação dos instrumentos de coleta de dados e construção teórica. Esse segundo ciclo da pesquisa qualitativa será didaticamente exposto, seguido por fim, do *tratamento dos dados* que complementa e integra ao mesmo tempo o movimento do ciclo da pesquisa. O ciclo da pesquisa não se fecha por aqui, pois essa produz conhecimentos e questões a serem aprofundadas posteriormente (MINAYO, 2002).

3.2 Cenário da pesquisa

O campo de pesquisa é um recorte de forma espacial pelo pesquisador “[...] representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o estudo objeto de investigação.” (MINAYO, 2002, p. 53).

A escolha desse campo não se fez aleatoriamente, mas sim por ser um cenário que tem enfoque na gestação de risco e mulheres que vivenciam a mesma situação. E também, por ser uma unidade conhecida por mim, pois é campo de prática da graduação em enfermagem.

A pesquisa teve como cenário uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, que é referência para gestantes de alto risco, situada na Zona Norte do município. Seu nível de atenção à saúde vai desde a atenção básica à alta complexidade, possui atendimento ambulatorial e hospitalar de urgência e emergência 24 horas, e atende a demanda espontânea e referenciada do Estado do Rio de Janeiro.

Sua capacidade total é de 194 leitos distribuídos nas especialidades de ginecologia, obstetrícia e neonatologia. Para dar noção da dimensão física, destaco algumas disponibilidades de leitos e respectivos setores como 20 leitos para unidade de terapia intensiva (UTI) e 34 unidades intermediárias (UI), ambas neonatal, e 8 leitos de UTI materno-fetal. O alojamento conjunto possui 68 leitos, além de 4 salas de cirurgia e 8 para parto normal.

Apesar de ser referência para alto risco a maternidade atende e incentiva o parto normal de baixo risco realizado pela enfermeira obstetra.

3.3 Momentos éticos de pesquisa

Conforme procedimento ético, a pesquisa foi submetida à avaliação do Centro de Estudos da maternidade eleita, e ao Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro com aprovação sob o nº 37/08 para coleta de dados conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996b; Anexo A).

As participantes desse estudo foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e seu direito de se retirar da mesma a qualquer momento, sem nenhum constrangimento, penalização ou prejuízo a sua pessoa ou a assistência recebida na instituição. Elas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), autorizando o uso dos seus depoimentos para estudo e publicação, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996b).

3.4 Instrumentos de coletas de dados

Os dados foram coletados no período de outubro e novembro de 2008. Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um formulário elaborado pela pesquisadora (Apêndice B), com o objetivo de caracterizar o perfil das depoentes, a partir do prontuário. Foram levantadas as seguintes informações: 1) Identificação; 2) Dados socioeconômicos; 3) Antecedentes pessoais; 4) Antecedentes obstétricos; 5) Gestação atual; e a entrevista aberta.

Para Figueiredo (2004), a pergunta aberta permite que os sujeitos do estudo respondam de modo livre, conforme seu entendimento e interpretação.

A entrevista buscou obter informações contidas nas falas das informantes,

não sendo essa uma conversa neutra e despretensiosa, uma vez que é uma técnica utilizada na coleta de dados e fatos relatados por sujeitos que vivenciam uma realidade que está sendo focada (MINAYO, 2002).

3.5 Etapas da coleta de dados

Para a coleta dos depoimentos, destacaram-se três momentos: a) Elaboração da entrevista – visou-se construir uma pergunta direcionada ao período da vida de interesse para esse estudo, a última gestação, com ênfase na sexualidade. Portanto a entrevista constou de uma única pergunta aberta. **Fale sobre a sua sexualidade e sua última gestação;** b) A entrevista propriamente dita – Realizada através da narrativa e gravada em aparelho de MP3; c) transcrição imediata dos depoimentos– Permitiu a descrição de dados subjetivos e das interações não-verbais com mais fidedignidade.

3.6 As depoentes

Segundo Minayo (2002, p. 43) a pesquisa qualitativa não se vincula a um critério numérico de amostragem, o que significa dizer que o importante é “[...] abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões.”

Participaram da pesquisa 9 mulheres, porém, apenas 7 depoimentos foram utilizados neste estudo, pois durante o pré-teste duas das depoentes apesar de serem gestantes de alto risco em ameaça de parto prematuro tiveram diagnóstico de aminiorrex prematura, seguido do parto e nascimento. Portanto, não tiveram indicação de repouso absoluto durante a gravidez e, desta forma, foram excluídas do estudo.

Dentre as sete depoentes três eram gestantes, e quatro eram puérperas que vivenciaram a gestação de risco e ameaça de parto prematuro, tendo como fator de inclusão aquelas que tiveram indicação de repouso absoluto (restrito ao leito) ao

longo da gestação.

Para preservar o anonimato das depoentes, escolhi chamá-las por pseudônimos de essências florais.

As entrevistas foram realizadas na sala de pesagem dos recém-nascidos, sempre no período da tarde, momento em que a sala não era mais utilizada, e de maior disponibilidade das mulheres internadas. Dessa forma, as depoentes puderam discorrer sem interrupção e permanecer ali por mais tempo, sem preocupar-se com o tempo.

3.7 Caracterização das depoentes

O perfil social das depoentes mostrou-se diversificado, e para caracterização das mesmas, foram avaliados os fatores de risco na gestação listados pelo Ministério da Saúde: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; intercorrências clínicas (BRASIL, 2000a). Durante a coleta dos dados, os fatores que se destacaram foram: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; e doença obstétrica na gravidez atual.

Conforme o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2000a) os fatores de risco são classificados por **características individuais e condições socioeconômicas desfavoráveis**, quais sejam: idade inferior a 17 e maior que 35 anos; a ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horários, exposição a agentes químicos e biológicos nocivos, estresse; situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas e ilícitas.

Seguindo esses critérios, foi realizado o perfil de risco das depoentes, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 3 – Características Individuais e Condições Sociais

Deponentes	Idade	Escolaridade de Ensino	Situação Conjugal	Trabalha	Profissão	Religião
Absinto	36	Fundamental incompleto	Casada	Sim	Servente Escolar	Católica
Alecrim	22	Fundamental incompleto	Concubinda	Não	Do lar	Evangélica
Arruda	17	Fundamental incompleto	Concubinada	Não	Estudante	Evangélica
Dama da Noite	27	Superior Completo	Casada	Não	Do Lar	Sem religião
Lírio	38	Médio Completo	Solteira	Sim	Técnica de Enfermagem	Evangélica
Ópium	25	Médio completo	Solteira	Não	Do Lar	Evangélica
Sândalo	28	Médio completo	Casada	Não	Do Lar	Evangélica

Fonte: Prontuário das 7 depoentes do estudo.

A faixa etária das depoentes variou entre 17 e 38 anos. A idade menor foi 17 anos, e maior 35 – características individuais de risco na gestação. Assim, havia 1 depoente com 17 anos e 2 acima de 35 anos.

A gravidez precoce merece destaque por suas implicações tanto nas questões relacionadas à saúde, pelo maior risco na gravidez, quanto em relação aos fatores sociais e econômicos, por interferir no processo educacional.

Corroborando com Caescaes *et al* (2008), o parto pré-termo em adolescentes poder ser considerado uma forma de resposta adaptativa à imaturidade física dessas jovens mulheres. Já a prematuridade em gestantes de idade avançada pode estar associada a fatores relacionados às intercorrências clínicas como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e cardiopatias.

Outro fator de risco é a baixa escolaridade, por ser uma condição socioeconômica desfavorável. Esse dado corresponde a 3 entrevistadas com ensino fundamental incompleto e o mesmo número com o nível médio completo. Apenas uma das entrevistadas possui nível superior completo.

A escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção da saúde. Algumas condições de

atenção à saúde são influenciadas pelo nível de escolaridade dos responsáveis pela família, particularmente na atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente na formulação de conceitos de autocuidado (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Dados demográficos de 1991 e 2000, realizados pelo IBGE, mostraram que as mães com menor nível de educação formal foram as que apresentaram menores proporções de consultas de pré-natal (21,9%). Assim, o perfil nacional do nível de escolaridade atual acentua as desigualdades regionais e afeta negativamente o índice de desenvolvimento humano do país (BRASIL, 2004f).

A situação conjugal insegura contribui como fator de risco, em nossa sociedade, o estilo de vida da mulher sem companheiro parece contribuir para aumentar o estresse psicológico. No estudo de Almeida, Silva e Montenegro (1994) foi observado um número significativamente menor de parto prematuro nas mulheres que referiram relação do tipo marital. Em outra pesquisa mais recente, realizada em dois locais distintos, após ter feito análise ajustada para a paridade foi encontrada uma associação estatística entre o parto prematuro e mulher sem companheiro (ZEITLIN; SAUREL-CUBIZOLLES; ANCEL, 2002).

Assim, é importante considerar o contexto sociocultural em que a mulher brasileira está inserida, especialmente pela influência do patriarcalismo ainda presente, na figura do “pai” como integrante importante do núcleo familiar – o que traz à reflexão as consequências psicológicas na vida de mulheres/gestantes em ameaça de parto prematuro atribuídas pela ausência dessa figura.

A situação conjugal no presente estudo dispõe de 3 entrevistadas casadas, 2 solteiras e outras 2 que moram com seus respectivos parceiros. Porém, essa descrição dos dados não é fidedigna, já que essa condição é definida pela relação subjetiva do casal, devendo considerar o contexto sociocultural. Portanto, somente através dos relatos será possível afirmar a situação individual das depoentes.

Quanto à ocupação, 2 possuem profissão e trabalham; 4 declararam ser do lar, e 1 é estudante. Das depoentes que trabalham, Lírio é técnica de enfermagem e possui dois empregos, trabalha em regime de plantão de 12 horas, sendo um deles diurno e outro noturno. Sua profissão exige longa carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes químicos e biológicos nocivos como fármacos,

produtos tóxicos como formaldeído e glutaraldeído. Além disso, no ambiente hospitalar, está exposta a agentes microbiológicos patogênicos. Atua sob estresse, em UTI neonatal, prestando assistência a delicadas vidas que precisam de intensos cuidados – essas condições são agravantes de risco para o parto prematuro. Não menos sujeita ao risco ocupacional, Absinto, funcionária de uma escola pública, trabalha como servente e tem frequente contato com agentes químicos, além de realizar esforço físico diariamente.

Caescaes *et al* (2008) apontam que o estado civil, a escolaridade e a ocupação da mãe têm influência na prematuridade, associada aos demais fatores como a condição genética, socioeconômica e nutricional inadequadas, assim como a assistência ausente ou pré-natal tardio. Essa afirmação vai de encontro ao que preconiza o Manual Técnico de Gestação de Risco (BRASIL, 2000a), ao afirmar que as ocupações de risco estão relacionadas ao esforço físico, carga horária, rotatividade de horários, exposição a agentes químicos e biológicos nocivos, e ao estresse.

No que se refere à religião, 6 mulheres declararam ter denominação religiosa, distribuindo em 5 evangélicas, 1 católica e 1 diz não possuir religião.

É importante destacar que a religião não foi considerada como fator de risco. Porém esse estudo abrangeu em seu objeto as dimensões culturais das mulheres em APP, sendo importante esse dado para posterior discussão.

Considerando os fatores de risco individuais e sociais discutidos (idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação), pode-se fazer a seguinte descrição de risco das depoentes:

Quadro 4 – Fatores de Risco Individuais e Sociais das Depoentes

Fatores Depoentes	Idade	Ocupação	Escolaridade	Situação Conjugal	Ocorrências de Risco
	ABSINTO	X	X	X	-
Alecrim	-	-	X	X	2
ARRUDA	-	-	X	X	2
Dama da Noite	-	X	-	X	2
Lírio	-	-	-	X	1
Ópium	-	-	-	-	0
Sândalo	-	-	-	-	0
Incidência dos Fatores	1	2	3	4	

Fonte: Prontuário das 7 depoentes do estudo.

Dentre os fatores aqui analisados, observei que Absinto possui maior ocorrência de risco e Dama da Noite e Sândalo não possuem fatores de risco individuais e sociais. Os fatores de risco gestacionais que mais incidiram variaram de forma crescente, respectivamente: idade, ocupação, escolaridade e situação conjugal.

Na **história reprodutiva anterior**, como fatores de riscos está a morte perinatal; recém-nascidos com crescimento retardado, pré-termo ou malformado, abortamento habitual; esterilidade e infertilidade; intervalo interpartal menor que 2 anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia anterior prévia (BRASIL, 2000a).

No que se refere às **doenças obstétricas na gravidez atual**, o Ministério da Saúde ressalta o desvio do crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido

amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho de peso ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; aminiorrex prematura; hemorragias da gestação; aloimunização e óbito fetal (BRASIL, 2000a).

No Quadro 5 destaco os fatores de risco da história reprodutiva anterior e as doenças obstétricas atuais nas quais se enquadram as entrevistadas.

Quadro 5 – História Reprodutiva

Depoentes	Paridade e Abortos	Nascimentos		IG última gestação	Consultas Pré-Natal (N)	Diagnóstico Associado	Gravidez Planejada
		Pré-termo	Natimorto				
Absinto (**)	GII, PII, A0	1	Não se Aplica	33s + 2d	6	Placenta Prévia Total e Oligodramnia moderada	Sim
Alecrim (*)	GVI, PIII, AII	1	1	24s	3	Aminiorrex	Sim
Arrruda (**)	GII, PI, AI	Não se Aplica	Não se Aplica	35s + 2d	7	Oligodramnia acentuada	Não
Dama da Noite (**)	GII, PII, A0	0	0	42s	8	Não	Sim
Lírio (**)	GI, PI, A0	Não se Aplica	Não se Aplica	32s	4	Miomatose e Placenta Prévia Total	Sim
Ópium (*)	GV, PII, AII	0	Não se Aplica	31s + 3d	5	Não	Não
Sândalo (*)	GII, P0, AI	Não se Aplica	Não se Aplica	33s	4	Diabetes Mellitus	Sim

Fonte: Prontuário das 7 depoentes do estudo.

Legenda: (*) Gestantes

(**) Puérpera

Das quatro depoentes que pariram e que participaram do estudo, somente Dama da Noite conseguiu levar a gestação a termo (42 semanas). As demais puérperas 3 tiveram partos prematuros e a idade dos neonatos variou entre 32 semanas e 35 semanas e 2 dias. No histórico gestacional 2 relataram o nascimento de pré-termos (Absinto e Alecrim), e 1 de natimorto (Alecrim).

Para Spallici *et al* (2000), a literatura mundial é unânime ao relacionar a ocorrência de prematuridade com o antecedente obstétrico de parto prematuro. A existência de um aumento do risco de parto prematuro tem relação com o número de partos prematuros anteriores. O estudo estatístico de Spallici *et al* (2000) mostrou um risco 4 vezes maior da reincidência de parto prematuro em gestantes com antecedentes de prematuridade, e destaca essa ocorrência em mulheres com 3 ou mais filhos prematuros anteriores. Em virtude desta relação, essas gestantes deverão ser acompanhadas com maior atenção pelo obstetra (SPALLICI, 2000).

A multiparidade e a nuliparidade são fatores de risco gestacional e a relação de risco quanto à paridade, segundo os dados coletados, mostram que 2 mulheres são múltiparas e 3 nulíparas. Em uma pesquisa com mulheres submetidas à inibição do trabalho de parto prematuros Bezerra e Cardoso (2006) verificaram que as nulíparas apresentaram maior chance de ter filhos prematuros, mesmo após o tratamento de inibição do TPP, pois tiveram menos sucesso no tratamento. É preciso lembrar que para as mães de primeira viagem o despreparo, a insegurança e o medo, em geral, estão presentes, além do diagnóstico de parto pré-termo gerar estresse psicológico na gravidez.

Sobre a multiparidade, é sabido que esta deve ser evitada, uma vez que após a mulher ter tido quatro filhos, uma nova gravidez traz grandes riscos para a vida da mãe e da criança. Após quatro partos, aumenta o risco de anemia, hemorragia, anomalias congênitas e baixo peso ao nascer (MOURA *et al*, 2005).

Beretta e Andrade (2004) dizem que a consulta de pré-natal é uma grande oportunidade para prevenção de intercorrências. O profissional de saúde, pelo tempo que passa com a gestante, pode proporcionar maior apoio à mulher e, assim, reduzir seu nível de tensão, estabelecendo uma relação de confiança.

As consultas de pré-natal devem ser iniciadas precocemente, até 120 dias de gestação, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde o mínimo de 6 consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

A partir da 36^a semana gestacional as consultas devem ser realizadas quinzenalmente (BRASIL, 2000b). A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais

comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

No Quadro 5 foi possível observar que todas as mulheres realizaram pré-natal. O número de consultas variou entre 3 e 8; 3 depoentes realizaram 6 consultas de pré-natal – mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. É importante destacar que a associação entre número de consultas pré-natais e prematuridade pode ser afetada, uma vez que muitas mulheres que tiveram filhos pré-termos possivelmente fizeram menos consultas porque o parto foi precoce.

Das mulheres entrevistadas, 5 relatam terem planejado a gestação. A importância do planejamento familiar através do conhecimento e da orientação tem impacto na saúde da mulher e da criança, pois beneficia a prevenção seletiva das gestações de alto risco e oportuniza o bem-estar físico, psíquico e social para as pessoas, já que possibilita ter filhos no número e momento definidos pelo casal. Desejar e programar um filho são aspectos importantes nos sentimentos de aceitação da gravidez.

A importância do cuidado destinado à saúde sexual e reprodutiva, sobre planejamento familiar, em especial nos serviços de atendimento de pré-natal de alto risco se torna relevante pelo impacto que exerce sobre o bem-estar pessoal, familiar e socioeconômico do casal. Conhecer o acontecimento da concepção, a programação e o desejo de ter um filho, poderia contribuir com os profissionais da saúde para a melhoria do cuidado e assistência às gestantes (DOURADO; PELLOSO, 2007).

Além da ameaça de parto prematuro, outras patologias associadas à gravidez foram diagnosticadas em 5 depoentes. As patologias associadas à gestação certamente agravam o risco mãe-bebê e aumentam o estresse. No histórico reprodutivo das gestantes em ameaça de trabalho prematuro, posso citar como fatores agravantes os seguintes: oligodramnia acentuada e moderada, placenta prévia total, miomatose, diabetes mellitus e amniorrex prematura.

Ao destacar o risco na gravidez relacionado à história reprodutiva anterior e associada a patologias da gestação atual tem-se: paridade, morte perinatal, nascimento pré-termo, nuliparidade e multiparidade. A distribuição do risco pode ser explicitada da seguinte forma:

Quadro 6 – História Reprodutiva Anterior e Patologias da Gestação Atual

Fatores Depoentes	Paridade	Prematuridade	Morte Perinatal	Patologias (Gestão Atual)	Ocorrências de Risco
ABSINTO	-	X	-	X	2
ALECRIM	X	X	X	X	4
ARRUDA	X	-	-	X	2
DAMADA NOITE	-	-	-	-	0
LÍRIO	X	-	-	X	2
ÓPIUM	X	-	-	-	1
SÂNDALO	X	-	-	X	2
Incidência dos Fatores	5	2	1	5	

Fonte: Prontuário das 7 depoentes do estudo.

Os fatores que mais se repetem entre as entrevistadas são a paridade e as patologias associadas à gestação atual; somados, esses fatores representam 50% dos riscos que incidem sobre depoentes.

Se unirmos a ocorrência dos fatores de risco (individuais e sociais, história reprodutiva e da gestação atual) por depoentes, teremos a seguinte graduação de risco, numa escala de zero a oito (fatores):

Quadro 7 – Graduação de Riscos Gestacionais e Maturidade dos Nascidos

Deponentes	Total de Riscos	Nascidos
ALECRIM	06	-
ABSINTO **	05	Pré-termo
LÍRIO**	05	Pré-termo
ARRUDA**	05	Pré-termo
ÓPIUM	02	-
SÂNDALO	02	-
DAMA DA NOITE**	00	A termo

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: (**) Puérpera.

Dentre as entrevistadas, 2 possuem mais fatores de risco atuantes na gestação, sendo essas Absinto e Alecrim. Dama da Noite foi a que apresentou a menor incidência de fatores, considerando o fator incomum a todas, a ameaça de parto prematuro. Analisando as puérperas no Quadro 7, é possível relacionar o risco gestacional com a prematuridade neonatal. Vale ressaltar que Absinto destaca-se entre as puérperas, com maior risco gestacional, e teve seu filho prematuro. Em detrimento, Dama da Noite apresentou menor risco e teve seu recém-nascido a termo – o que nesse caso, significa dizer que quanto maior a incidência de fatores de risco gestacional, maior a probabilidade do nascimento pré-termo.

Esses resultados mostram que a enfermeira deve estar atenta na identificação precoce do gradiente de risco gestacional, o que para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a, p. 11) implica em estabelecer “[...] um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para indivíduos de baixo risco ou baixa probabilidade de apresentar esse dano, até o máximo, necessário para aqueles que com alta probabilidade de sofrer danos à saúde.”

3.8 Análise dos depoimentos

A análise dos depoimentos foi realizada com base na transcrição dos relatos, respeitando a individualidade e a especificidade de cada depoente. Para isso foram incluídos os aspectos da comunicação não verbal e as impressões da entrevistadora. A inclusão desses dados foi importante por descreverem as expressões e emoções das mulheres ao recordarem momentos significativos de suas vidas.

Para a elaboração das categorias foi aplicado o primeiro nível do capacitador Modelo de Sunrise, descrito na Teoria do Cuidado Cultural da Diversidade e da Universalidade (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Como já ilustrado anteriormente, o modelo de Sunrise, em seu primeiro nível determina sete fatores da dimensão da estrutura cultural e social que influenciam no padrão de cuidados e de saúde. Esses fatores são: tecnológicos; religiosos ou filosóficos; companheirismo e sociais; valores culturais e modos de vida; políticos e legais; econômicos; educacionais.

Esse instrumento serviu como facilitador no processo de construção, reflexão e reconstrução das categorias e interpretação dos dados.

Através do *software* Microsoft Excel foi possível inserir os fatores descritos no primeiro nível do modelo de Sunrise. Para cada fator foi atribuído conceitos de inclusão que os definiram, baseados na realidade sociocultural brasileira. Ao passo que cada depoimento era relido, foram identificados trechos das falas relacionando-os aos fatores predominantes (Apêndice C).

Assim, a partir da fala das depoentes foram delineados os fatores das dimensões da estrutura cultural e social das mulheres que vivenciaram a ameaça de parto prematuro. No Quadro 8 foram classificados os fatores segundo o modelo de Sunrise (culturais e modos de vida, companheirismo e social, religiosos e filosóficos, educacionais), no Quadro 9 (tecnológicos, políticos e legais, econômicos), como é possível verificar na seqüência:

Quadro 8 – Dimensões da Estrutura Cultural e Social

Depoentes	Culturais e modos de vida	Companheirismo e sociais	Religiosos e filosóficos	Educação
ABSINTO				
ALECRIM	Realiza serviços domésticos, sua "obrigação" enquanto mulher, mantém relações sexuais para satisfazer o marido.	Realiza os serviços domésticos é "sozinha". No passado abortou um filho com outro companheiro por falta de apoio. Medos abandono/traição devido a abstinência, isso até o momento do diálogo. Quando ele não a procura desconfia que ele tem outra		Foi informada que não poderia ter penetração, mas não foi informada que não poderia ter orgasmo.
ARRUDA				Falta de credibilidade nas orientações, pois as seguiu e seu parto foi prematuro.
DAMA DA NOITE	Manteve relações sexuais porque o marido é muito ativo e já levava a vida assim e não mudaria.			acha que a orientação é exagerada.
LÍRIO	O sexo é mais importante para o homem que para a mulher. Se vê como a principal responsável por manter a vida do bebê. Não teve penetração, manteve o orgasmo.	Relação instável por ser amante. Medo de abandonado devido a abstinência minimizado pelo diálogo		
ÓPIUM	Companheiro machista, parou de trabalhar e estudar, excluiu a cliente de seu meio social. Tentou fazer sexo para manter o companheiro. Sente vergonha por não ter o estereótipo ideal da família.	O companheiro rejeitou a gravidez inicialmente, abandonou a cliente. Acredita que ele tem outra. Sofreu violência física e psicológica. Reclama da falta de diálogo do companheiro.		
SANDALO	Sexo é 80% do relacionamento, mais importante para o homem que para a mulher. Se vê como a principal responsável por manter a vida do bebê. A mulher tem que cuidar do lar.	Medo de abandono/ traição devido a indicação de abstinência, minimizado pelo diálogo	A parturição como um sofrimento divino. "Parrás com dor"	A cliente relata que tinha relações e não contava para o médico com medo de "tomar esporro".
Ocorrência dos Fatores	5	4	1	4
Culturais e modo de vida	<p>CONCEITOS</p> <p>Cabe a mulher que executar os serviços domésticos para o homem em relações sexuais, pois tem como papel postulado de "satisfazer o companheiro"</p> <p>Manutenção de modos de vida que não se adequam a realidade da gestação de risco em APP</p> <p>O homem tem mais necessidade de sexo que a mulher</p> <p>A mulher se vê como a principal responsável por manter a vida do conceito.</p> <p>A mulher acredita ter ultrapassado da idade para constituir uma (nova) família</p> <p>O homem que não procura a companheira para o sexo deve ter outra</p> <p>O estereótipo ideal da família.</p> <p>Falta de diálogo com o companheiro</p> <p>Falta de estrutura familiar para auxiliar no repouso</p> <p>Medo do abandono do parceiro</p>			
Religiosos e filosóficos	Fatores religiosos que interferem no padrão de cuidado e nas emoções			
Educação	Falta de orientação pelos profissionais quanto a abstinência de relações sexuais ou outros			
	Falta de comunicação da cliente com o médico			
	Falta de credibilidade na orientação médica			

Quadro 9 – Dimensões da Estrutura Cultural e Social

Depoentes	Tecnológicos	Políticos e legais	Econômicos
ABSINTO		Transferência para hospital com mais recursos. Maricá-Rio	Tinha indicação para o repouso, mas teve que trabalhar para manter o emprego.
ALECRIM	Foi diagnosticada uma infecção, porém não foi tratada de forma adequada levando a internação por APP.	Encaminhamento para hospital com mais recursos	
ARRUDA			Insatisfação financeira, mora com a sogra e o companheiro.
DAMA DA NOITE			
LÍRIO	Diagnóstico errado o que levou a cliente a ficar 3 meses sem pré-natal.	Peregrinação: Hospital 1-Hospital 2-Hospital 3	
ÓPIUM			Instabilidade financeira, não trabalha. Mora de favor e não gostaria de retornar para a casa da mãe.
SÂNDALO			
Ocorrência dos Fatores	3	3	2
Tecnológico	<p>CONCEITOS</p> <p>Falha no diagnóstico/ diagnóstico tardio</p> <p>Intervenções desnecessárias - medos e angústias relacionadas</p> <p>Falta de tecnologia</p>		
Políticos e legais	Referência e contra-referência		
Econômico	<p>Dependência financeira</p> <p>Necessidade de trabalhar para o sustento</p>		

Após essa etapa, foi realizada uma releitura aprofundada e reflexiva remetendo ao objeto de estudo, e destaquei os seguintes fatores: **culturais e modos de vida; companheirismo e sociais; e educacionais** que interferem na abstinência sexual das mulheres que vivenciaram a ameaça de parto prematuro, emergindo assim três categorias: 1) fatores culturais e os modos de vida das mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro; 2) fatores de companheirismo e sociais – a aliança necessária; 3) fatores educacionais – a necessidade da orientação dialogada para a temática abstinência sexual.

Ainda que aplicado o modelo de Sunrise em seu primeiro nível, o qual aborda os fatores da dimensão cultural e social descritos por Leninger, o apoio teórico que embasou o estudo não se ateve apenas à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, mas também à multireferencialidade.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 A visão de mundo das gestantes com diagnóstico de APP sobre a sexualidade

A visão de mundo é a “[...] forma como as pessoas se veem no mundo ou no universo e formam um quadro ou uma posição de valor em torno da vida ou do mundo ao seu redor.” (SILVA, 2003, p. 37).

De acordo com Laraia (2008) o homem é resultado do meio cultural em que foi socializado, dessa forma é o herdeiro que reflete o conhecimento e a experiência das gerações que o antecederam. Assim, o modo de ver o mundo e os diferentes comportamentos sociais são produtos dessa herança. Benedict (1972 *apud* LARAIA, 2008, p. 67) resume que “[...] a cultura é como uma lente através do qual o homem vê o mundo.”

Embora tendo como suporte um corpo biológico, a sexualidade deve ser vista como uma construção social e histórica. Por isso, a importância de se conhecer a evolução dos direitos sexuais e reprodutivos, já discutidos anteriormente, para compreender o ser mulher/gestante, na atual sociedade.

Os valores do cuidado, o ambiente, os fatores da estrutura social (religião, filosofia de vida, parentesco, política, economia, educação, tecnologia e valores culturais) estão embutidos na visão de mundo, e para compreender essa visão deve haver sensibilidade cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006). Portanto, é imprescindível – no que concerne a esse estudo – relacionar as diferentes formas de inserção social de homens e mulheres na sociedade e do grupo estudado, nas diferentes épocas e momentos históricos.

A fim de focar a visão de mundo das gestantes, é importante destacar que o exercício da paternidade e da maternidade acompanha histórica e culturalmente, em cada sociedade, uma concepção de gênero.

No cenário brasileiro, a maternidade é um componente muito valorizado da feminilidade e em torno dela se modelam os papéis de gênero que são vividos como fruto da espontaneidade. A realização de tarefas domésticas pelas mulheres inicia-

se muito cedo, como parte da socialização para a maternidade. Assim, é esperado que as mulheres se responsabilizem pela reprodução, assim como pelo cuidado e a educação dos filhos. Para os homens, seu papel social na paternidade implica na responsabilidade pelo sustento (HEILBORN *et al*, 2006).

Conforme explica Santos (2003), a mulher na gestação de alto risco, especialmente frente ao diagnóstico de ameaça de parto prematuro ao conscientizar-se da sua condição diferenciada, lida com sentimentos como ansiedade, culpa, medo da gestação ser interrompida antes do tempo previsto e de complicações com o feto. O ressentimento, a raiva e a revolta também estão presentes, sendo muito difícil para a maioria das pessoas, admitirem o que sente, até porque as intercorrências acarretam em restrições de vida durante a gravidez (MALDONADO, 1988).

Nesse paralelo, as gestantes estudadas vivenciaram a necessidade de manter o repouso e abstinência sexual, frente ao diagnóstico de APP, o que modificou suas vidas no cotidiano em seus aspectos biológicos, comportamentais e emocionais.

“Cada corpo, longe de ser apenas constituído por leis fisiológicas, supostamente imutáveis, não escapa à história.” (SANT’ANNA, 2000 *apud* LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007). A partir dessa assertiva, mergulhei no universo das gestantes com diagnóstico de ameaça de parto prematuro. Nesse sentido, é importante salientar que ao pesquisador não cabe emitir valor de juízo sobre as atitudes, e sim contextualizá-las. Para isso, é necessário que o profissional possa reconhecer os valores que regem e orientam sua visão de mundo e assim, reconhecer a legitimidade dos diversos valores e comportamentos humanos. (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Portanto, para compreender e apropriar-me da visão de mundo das gestantes entrevistadas, foram discutidos três fatores: cultura e modos de vida, companheirismo e sociais, e educacionais por estarem intimamente ligados às falas das depoentes no que se refere à abstinência sexual e à indicação de repouso.

4.2 Fatores culturais e os modos de vida das mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro

Para Leininger e McFarland (2006), cultura compreende compartilhar valores, crenças, regras e estilos de vida que são passados de geração a geração, e refletem nos significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações.

Portanto, é importante salientar o ambiente sociocultural em que as pesquisadas estão imersas, pois a partir do entendimento do modelo predominante do sistema político, social e cultural nos quais essas mulheres vivem, é possível compreender seus modos de vida.

Historicamente, na sociedade patriarcal, eram utilizadas justificativas biológicas e/ou teológicas para reforçar as diferenças entre homens e mulheres. No que tange às características biológicas, as mulheres e os negros foram considerados inferiores pelas características de seus corpos.

A mulher, responsável pela gestação, deveria ser preservada por sua fragilidade e docilidade “inerentes”. Com isso, o lar era visto como o lugar apropriado para elas. Portanto, a essas eram atribuídos os afazeres domésticos, educação dos filhos e demais cuidados com a família (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007).

A igreja desempenhava seu papel no reforço da diferença e caracterização dos gêneros. Como ilustra o capítulo bíblico da gênese, em que Eva oferece a Adão o fruto proibido por Deus, e o homem cai em tentação, ao comerem o fruto ambos são punidos, sendo expulsos do paraíso. A mulher, responsável por tentar o homem ao oferecer-lhe o fruto, é duramente condenada pela origem do pecado. (LINS, 2007). Deus disse à mulher: “Multiplicarei grandemente a dor da tua concepção; em dor darás a luz a filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará.” (Gn, 3: 16).

A influência cultural da religião está presente no relato de Sândalo ao se referir à dor do parto:

E eu peço a Deus para que seja assim: “Senhor eu sei que não pode me poupar da dor” – porque Ele não pode poupar ninguém (mulher) da dor, “Mas que venha a ser uma dor rápida, uma dor pequena, um

sofrimento pequeno". Eu tenho muito medo... ai, será que eu vou aguentar? Será que eu vou suportar a dor? (Sândalo)¹.

Desde cedo as crianças já aprendem seus papéis sociais, a elas ensinam como devem se comportar e agir, não só são doutrinadas por sua família no tratamento diferenciado para meninos e meninas, mas também pelo grupo social que cobra padrões estabelecidos entre o feminino e o masculino.

A cultura sexual brasileira é fortemente marcada pela categorização entre os gêneros, o que reserva um contraste de atitudes e qualidade para homens e mulheres. Dessa forma, a masculinidade está associada à atividade em oposição à feminilidade e passividade (HEILBORN *et al*, 2006).

O comportamento feminino ainda é regido e regulado pelo masculino, como é possível observar na vida de Ópium. Ela afirmou que ao longo do relacionamento o parceiro afastou-a de seu meio social e exigiu que ela parasse de estudar e trabalhar. Agora é economicamente dependente e mora de favor na casa alugada por ele, que em breve terá que deixar porque este a abandonou. Seguindo seu papel social de patriarca, o ex-companheiro, não deixa faltar "nada" (financeiramente). É dessa forma que ele tenta "tranquilizá-la":

Ele só fala que é para eu ficar calma, que a neném, nunca vai faltar nada para ela, que a neném vai ter tudo que precisa, e ele só fala isso. (Ópium).

Santos (2003) fala sobre a mulher, mãe solteira, descasada ou abandonada pelo cônjuge, que ao ficar desempregada, fica privada da identidade social de trabalhadora/provedora. O trabalho remunerado tem significado de honra, de afirmação como indivíduo, é oportunidade de reparar, ou mesmo de readquirir o orgulho e amor próprio.

Dentro do contexto sociocultural configuram-se as condutas de homens e mulheres frente ao exercício da paternidade e da maternidade que são frutos da interiorização das regras sociais sobre as próprias identidades masculinas e femininas, na significação do gênero. Sob o gênero é que se agrupam os aspectos psicológicos, sociais e culturais de feminilidade/masculinidade. Dessa forma, ser pai

¹ As falas das depoentes estarão destacadas com a fonte em itálico, para diferenciá-las das citações longas.

e ser mãe transcende o biológico e é algo significado pelas relações de gênero. Assim, culturalmente é dada às mulheres a função de cuidar das crianças e dos serviços domésticos, e aos homens a função de prover o sustento do lar (MOREIRA, 1997).

Homens e mulheres certamente não são construídos apenas através de mecanismos de repressão ou censura, eles e elas se fazem, também, através de práticas e relações que instituem gestos, modos de ser e de estar no mundo, formas de falar e de agir, condutas e posturas apropriadas (e, usualmente diversas). (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007, p.167).

Os depoimentos abaixo reafirmam o papel da mulher como principal responsável pelas tarefas domésticas. Cabe enfatizar que as mulheres que participaram desse estudo deveriam permanecer em repouso com vistas a prevenir o parto prematuro.

Então tudo quem faz sou eu: lavo, passo, cozinho, arrumo, faço faxina, então não tenho quem faça por mim, só eu mesmo, então eu tenho que fazer. Claro né?... Mas mesmo assim tem dia que eu não aguento, faço, mas chega à noite a barriga dói sabe? (Alecrim).

Na minha casa sou só eu e meu esposo não tenho como ficar parada. (Sândalo).

Corroborando com Laraia (2008), é possível constatar que a divisão do trabalho pelo sexo é determinada culturalmente e não pela racionalidade biológica.

O movimento feminista teve grande importância na emancipação feminina, porém apesar dos avanços conquistados ao longo da história, a desigualdade entre os gêneros está impregnada em nossa cultura. Com toda luta pela igualdade de direitos e deveres, socialmente a função da mulher no ambiente doméstico não avançou. Seu posto de mãe, cuidadora do lar e da prole, responsável pelos afazeres domésticos, permanece como principal, por vezes acumulando-se à função de trabalhadora liberal que participa do orçamento familiar.

Dentre as entrevistadas, apenas Absinto e Lírio trabalhavam. A necessidade de trabalhar e de ser mãe podem ser confrontadas através do relato de Absinto. Ela mesma teve indicação médica para o repouso absoluto, porém o empregador desviou sua função, não a liberando para licença. Com medo de perder sua fonte de

renda, permaneceu no emprego exercendo a nova atividade para qual foi designada. Absinto acredita que essa seja a principal causa do trabalho de parto prematuro.

Eu acho que foi devido eu voltar ao trabalho, entendeu? Eu acho que foi isso porque eu andava muito pelo corredor da escola e eu tinha que andar. (Absinto).

As exigências sociais não se modificam através do fato de ser mãe. Contudo, este ponto muitas vezes se opõe às suas necessidades, o que implica em trabalhar fora ou em ter outras funções sociais que não a da maternagem e a de esposa (VACHOD, 1996 *apud* SANTOS, 2003).

A maternagem tão considerada como fato natural, não é determinada por um instinto, mas sim mediada pela cultura (ALVES, 2006). Essa mesma função protetora atribuída à figura materna acontece ainda no gestar.

Então pra preservar a saúde no caso da minha filha, eu prefiro fazer esse sacrifício na vida sexual. Dói né? Mas fazer o quê? (Alecrim).

Tudo pela vida do bebê, então a gente tem que fazer sacrifício principalmente eu né? (Sândalo).

O sacrifício relatado pelas depoentes faz alusão a supressão do exercício da própria sexualidade, visando à proteção do feto. Ainda atribui-se a mulher a maior parcela de responsabilidade sobre os filhos, desde a concepção. A educação, o lazer, os estudos, a felicidade ou a desgraça da prole recaem sobre os ombros da mãe. O que é uma linha tênue entre a responsabilidade e a culpa.

Assim, a tendência da maioria das entrevistadas ao reconhecer o risco do sexo para o trabalho de parto prematuro foi de reprimir os desejos libidinosos na tentativa de evitar o ato sexual, objetivando preservar a vida do bebê.

Essa afirmação toma forma nas falas das gestantes com ameaça de parto prematuro, ao descrevem como reprimiram seus desejos.

É só passar um pouquinho pra lá um pouquinho pra cá, entrar debaixo de um chuveiro gelado (risos) e vai dormir, é isso. (Alecrim).

Eu não gosto muito de encostar nele e nem ele de encostar em mim. Sente prazer de querer ter e fazer sexo, entendeu? (Sândalo).

Desse modo, o seu comportamento como mulher/mãe foi influenciado por seus interesses, porém, as necessidades como mulher não devem ser esquecidas.

Mas vontade eu tenho, muita vontade, muita. (Alecrim).

Alecrim reforça:

Gente, mas é ruim a gente ter vontade de matar essa vontade sexual e saber que o marido também é um parceiro ativo e não poder fazer nada. (Alecrim).

Das entrevistadas, apenas Dama da Noite relatou manter a frequência das atividades sexuais sem demonstrar preocupação frente ao risco de ameaça de parto prematuro. É importante relacionar esse comportamento ao histórico de sua gestação, na qual teve somente um episódio de trabalho de parto prematuro, sem indicação para hospitalização. Em sua história obstétrica anterior associada aos fatores, esta foi a que apresentou o menor risco para o nascimento prematuro.

Ah, eu já tava na cama (risos), já tava na cama não tem problema. A gestação inteira a gente teve relação. (Dama da Noite).

No passado, acreditava-se que apenas o homem sentia prazer sexual. A mulher não se interessava pelo assunto, e seu genital servia apenas para a procriação e satisfação de seu parceiro. Desde a formação da Igreja Cristã, o único motivo para a cópula era a procriação: Deus era considerado como proprietário da alma e do corpo, porém concedia ao esposo o direito de desfrutar sobre o corpo da mulher (LINS, 2007).

Essa crença religiosa de que o prazer sexual era um privilégio masculino, traz enraizada a herança cultural de que a necessidade sexual do homem é maior que a da mulher, corroborada pelo “instinto natural, inato”.

Aparentemente ultrapassado, esse pensamento se mostra no inconsciente cultural. Enquanto os homens atribuem a primeira relação como incremento da virilidade, as mulheres idealizam um passo para a conjugalidade (HEILBORN *et al*, 2006).

Heilborn *et al* (2006), ao pesquisarem o significado da atividade sexual de jovens brasileiros por sexo, constataram a discrepância entre homens e mulheres na

representação da própria libido, sendo para eles incontrolável, e para elas cabe administrar o desejo baseado na diferença da natureza sexual entre homens e mulheres, persistindo a figura de que há um descontrole masculino e um refreamento feminino.

Geralmente os homens só pensam no sexo mesmo. (Lírio).

Pedi muito a Deus para ajudar para dar forças para não arrumar outra mulher... Acho que sexo é 80% de um relacionamento, independente de amor, de paixão, de tá bem ou não tá bem. (Sândalo).

Esse fato gera grande preocupação para as companheiras quanto à fidelidade do parceiro, visto que essas são orientadas a manter-se em abstinência sexual durante a gestação com diagnóstico de ameaça de parto prematuro. Esse fator foi indicado como uma dificuldade real para a manutenção da abstinência sexual.

Será que ele tem alguém na rua fazendo o que eu tenho que fazer? (Alecrim).

As depoentes apontaram o iminente medo imaginário que, se não satisfizessem o marido (seu papel de esposa), já que ele tem uma “necessidade fisiológica maior”, eles tenderiam a saciar-se com outra.

Vou tentar ter relação sim porque eu tenho que segurar meu marido no sexo porque eu tô grávida e a gente não tá tendo relação e ele vai acabar arrumando outra mulher para satisfazer o desejo dele. (Sândalo).

Das 7 entrevistadas, 5 informaram que em algum momento de sua gestação praticaram o ato sexual com seu parceiro. Entretanto, todas relataram estar cientes do risco do parto prematuro através do sexo por penetração vaginal.

Eu prefiro só abrir as pernas e... Ele vem e pronto, pronto e acabou. Eu não faço mais nada não, só para ele mesmo. (Alecrim).

Ao passo que reprimiam a própria libido na tentativa de evitar o sexo, se obrigavam a fazê-lo por insegurança, para não perder o parceiro. Assim, a gestante com diagnóstico de ameaça de parto prematuro vive no dilema no qual seu papel de

mãe conflita com o de ser mulher (esposa).

Em um estudo publicado nos Estados Unidos em 2004, foi pesquisado o comportamento sexual de machos e fêmeas de duas espécies de ratos. A primeira espécie é conhecida como “promíscua” e a segunda é monogâmica. Pesquisadores descobriram que o cérebro do rato monogâmico possui mais receptores para moléculas de vasopressina (molécula associada a sensações de prazer após o sexo). A partir dessa descoberta, pesquisadores introduziram os receptores de vasopressina no cérebro de machos poligâmicos, e esses passaram a se relacionar com uma única fêmea (ABDO, 2004).

Ainda não se sabe se a mesma influência no comportamento sexual acontece com os seres humanos, devido aos genes. Cabe lembrar que estudos como de Silva (2003) sobre a vida de mães com sífilis, e de Santos (2003) que trata da história de gestantes de alto risco, explicam os comportamentos pelos inúmeros fatores ambientais e por características adquiridas herdadas pela cultura, utilizando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006). Os estudos citados abordam a influência dos fatores da dimensão cultural e social nos modos de vida.

4.3 Fatores de companheirismo e sociais: a aliança necessária

O cotidiano do casal é intermediado por diversos fatores que interagem entre si e vão determinar os rumos em que a relação se estabelece. Por sua vez a maneira como se dá essa relação interfere diretamente na vivência da sexualidade do casal e na saúde reprodutiva (HOGA; LIMA; ALCÂNTARA, 2000). A influência da gestação na sexualidade é uma realidade na vida do casal.

Para manter a estabilidade social e emocional, ao longo da história a mulher precisou da proximidade do cônjuge. “Para as gestantes, a presença do companheiro costuma representar confiança, carinho, apoio e respeito da sociedade. A sociedade cobra esse fato não só da mulher, mas também do homem.” (SANTOS, 2003, p. 106).

Dessa forma, existe um estereótipo ideal da família hegemônica constituída

por pai, mãe, filho e um animal de estimação (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007). Essa pressão social “invisível” é vivenciada por Ópium, que por estar separada do parceiro, durante a internação pouco interagiu com as mulheres da enfermagem que vivenciavam a mesma situação de ameaça de parto prematuro.

Todo mundo que tava ali no quarto perguntou... Todo mundo fala do seu marido. Eu não vou ficar falando porque eu não gosto. Eu só falo que ele não vai vir hoje, eu não falo ele foi embora, elas não, elas contam suas histórias todas. (Ópium).

“Para Freud o sofrimento humano tem três origens: a força superior da natureza, a fragilidade de nossos corpos e a inadequação das normas que regulam as relações mútuas dos indivíduos na família no Estado e na sociedade.” (LINS, 2007, p. 244).

No estudo realizado por Almeida, Silva e Montenegro (1994) o número de partos prematuros foi significativamente menor em mulheres que declararam relação do tipo marital. Corroborando com este fato, Bezerra, Oliveira e Latorre (2006), ao pesquisarem sobre a prevalência de fatores associados à prematuridade em gestantes em ameaça de trabalho de parto prematuro, apontam para a importância em considerar o estilo de vida da mulher sem companheiro na contribuição do estresse psicológico.

Para a mulher, especialmente quando se depara com a necessidade de abstinência sexual durante o período gestacional, a situação conjugal não é garantia de fidelidade do parceiro e nem de segurança.

Conforme Heilborn *et al* (2006, pág. 216), a fidelidade é reconhecidamente “[...] uma norma que regula os limites de manutenção do casal.”

Durante as entrevistas, percebi que por terem consciência da ameaça de parto prematuro, alguns parceiros evitaram a aproximação para o sexo, o que também provocou nas mulheres insegurança e dúvidas quanto à fidelidade de seus pares.

Nos relatos a seguir, fica clara que a insegurança independe do estado civil ou do regime de união.

Você tem um marido, acostumada a ter uma vida sexual com ele, de repente você fica meses sem ter relação e às vezes sem discussão,

é uma desconfiança de um, é uma desconfiança de outro, não tem como. (Sândalo – casada).

Já teve época dele ficar 15 a 20 dias sem me procurar, aí bate a neurose, pô será que ele tem alguém na rua fazendo o que eu tenho que fazer? (Alecrim – união estável).

Então, foi nessa hora que eu pensei que ele ia me abandonar. (Lírio – solteira).

No início da gestação, Lírio sentiu grande medo de abandono por não ser casada, mas amante de seu companheiro há 14 anos.

Dos brasileiros com relação estável “[...] algumas casadas e muitos casados se relacionam com duas (ou mais pessoas).” (ABDO, 2004, p. 78). O relacionamento harmônico, em geral, independe da relação marital e sim do companheirismo entre o casal.

Numa revisão de literatura, Zucchi (1999) constatou que os fatores de risco mais associados à depressão na gravidez são as dificuldades econômicas e a falta do parceiro ou suporte familiar e social. Encontram-se ainda, estudos associados à tensão psicológica materna e à prematuridade.

Como já discutido, a ideia de não satisfazer o parceiro gera insegurança e o medo do abandono, sendo esses os sentimentos mais apontados como motivo que as levaram a manter relações sexuais; 4 depoentes identificaram a dificuldade de dialogar sobre a temática com seus companheiros, o que contribuía para a ansiedade e o estresse psicológico delas.

As entrevistadas sugeriram como solução para a problemática o diálogo, com o objetivo de estabelecer uma relação mais harmoniosa, e desmitificar esses sentimentos que as oprimiam. Porém, apesar de identificarem a necessidade do diálogo, apenas Lírio, conseguiu, efetivamente falar sobre a temática com o parceiro.

Nós conversamos e tudo, e conseguimos superar essa parte. E eu acho que daqui para frente vai ser bem melhor. (Lírio).

No decorrer da gestação, os homens compartilham com suas mulheres, experiências que refletem diretamente na sexualidade e na relação conjugal e vivenciam as alterações que vão acontecendo com elas. Esse fato evidencia a

necessidade da participação dos homens, já que as alterações emocionais no ciclo gravídico-puerperal também lhes dizem respeito. Incluir os homens nas questões difíceis ligadas à sexualidade contribuirá para o enfrentamento dessas situações e, conseqüentemente, na possibilidade de melhorar a qualidade de vida no que compreende a saúde sexual e reprodutiva refletindo na perspectiva feminina (HOGA; LIMA; ALCÂNTARA, 2000).

4.4 Fatores educacionais: a necessidade da orientação dialogada para a temática abstinência sexual

Essa categoria abrange fator educacional, pois teve como destaque a interferência dos fatores culturais na educação sexual, ao tratar da abstinência em mulheres com diagnóstico de ameaça de parto prematuro.

A sexualidade, como já discutida anteriormente, é algo inerente à vida e à saúde, que se expressa desde cedo no ser humano. Assim, há de se considerar, portanto, os fatores culturais que influenciam nessa construção, e engloba o papel social do homem e da mulher, o respeito por si e pelo outro, as discriminações e os estereótipos atribuídos e vivenciados. O que significa dizer que as diferenças existentes no comportamento de homens e mulheres refletem-se na vivência da sexualidade de cada um, nos relacionamentos a dois e nas relações humanas em geral (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007).

A socialização da sexualidade tem início ainda na infância através da transmissão de valores e comportamentos pelos adultos, mas também entre as próprias crianças, por meio de brincadeiras e jogos. A maneira como são veiculadas essas informações variam de acordo com os perfis sociais, tendo conseqüências nas suas trajetórias reprodutivas (HEILBORN *et al*, 2006).

Para entender o simbolismo das expressões culturais, é preciso entender a sociedade produtora daquela manifestação cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006). A diversidade marca a vida social brasileira. Encontram-se diferentes características regionais, diferentes manifestações, que ordenam de maneira diferenciada a apreensão do mundo.

Atualmente, é no âmbito familiar que são tratados os aspectos relacionados à orientação sexual, especificamente, voltados à reprodução, esses temas revelam-se assegurados pela mãe, tanto para rapazes quanto para as moças, focando a gravidez e contracepção (HEILBORN *et al*, 2006). Esse fato ilustra o que já fora discutido anteriormente, a mulher como responsável pela reprodução e também pela educação dos filhos. No entanto, a discussão sobre o assunto nem sempre foi abertamente levantada pelas mães com seus filhos. Vale lembrar que durante muitas gerações a falta de comunicação foi reproduzida, herdada pela desinformação.

Para Castro, Abramovay e Silva (2004 *apud* HEILBORN *et al*, 2006) a falta de comunicação relacionada ao tema sexualidade não necessariamente se explica por desinteresse. Segundo as autoras, o fato de não saberem lidar com a própria sexualidade tenderia a reproduzir esse modelo cultural.

Assim, percebe-se a dificuldade da mulher em falar sobre sua sexualidade, mesmo sendo um problema identificado, como uma herança cultural.

*A parte sexual foi difícil de eu conversar com ele, e ele assim...
Ambas as partes. (Lírio)*

Pode-se afirmar que ainda é no espaço privado que se recebe com maior intensidade as noções sobre o exercício da sua sexualidade. No que tange à família, o tema sexualidade é tratado em caráter de aconselhamento ou modelo moral. Já a escola trata o assunto de modo científico, tendo como finalidade a prevenção de doenças e a gravidez indesejável (HEILBORN *et al*, 2006).

Ao se referir-se às informações recebidas através de profissionais sobre sexualidade, Dama da Noite relatou:

Eu só tive a informação quando perguntei. Só ouvi alguma coisa a respeito quando perguntei, quando eu fiz a pergunta.

É fato que as práticas educativas estão marcadas pela cultura. Geralmente as informações em obstetrícia, especialmente na gestação de risco com ameaça de parto prematuro, trabalham o conteúdo formal que incluem a reprodução ou noções relativas à anatomia e à fisiologia do corpo gravídico.

O “Liriozinho” foi gerado na parte central (mostra a região) e os dois miomas em cima. Mais fora o mioma que estava fora do útero. (Lírio).

O médico falou que não podia ter penetração, porque pelo que ele falou se o pênis do meu marido fosse um pouco maior podia conforme bater, podia ter rompimento da bolsa. (Alecrim).

Essa abordagem restrita ao modelo biomédico normalmente não abarca as ansiedades e curiosidades dos casais, pois enfoca o corpo biológico e não inclui as dimensões culturais, afetivas e sociais desse contexto.

Ao tratar sobre as manifestações da sexualidade de gestantes em ameaça de parto prematuro, as respostas mais habituais dadas pelos profissionais são recomendações de proibições e expressões de repreensão ou mesmo gestos que ignoram ou ocultam a sexualidade na gestação. Essa conduta foi identificada como uma barreira entre profissional e cliente na discussão do tema.

O médico perguntava se tinha relação, ele falava que não era para fazer... As poucas vezes que eu fiz eu também não falei com o médico. Até porque para o médico não dar esporro então também não comentava, mas eu também tinha ciência que não podia. (Sândalo).

Não cabe ao profissional julgar como certa ou errada a escolha da cliente, caberá a ele trabalhar o respeito às diferenças e posicionar-se a fim de garantir a integridade básica do binômio.

Essa prática se fundamenta na ideia de que o tema sexualidade deve ser tratado exclusivamente na intimidade do casal. Tradicionalmente essa temática era pouco discutida abertamente, pois era considerado um tabu moral. O fato de a família ter valores conservadores, liberais ou progressistas, seguir alguma crença religiosa ou não, determinava em grande parte a educação moral o que ainda tem resquícios na atualidade popular e profissional.

Assim, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre a cliente e o profissional que deverá se mostrar disponível para conversar a respeito das questões apresentadas, não emitindo juízo de valor nas colocações feitas pela cliente e responder as perguntas de forma direta e esclarecedora. Elucidar as questões trazidas pelas gestantes é fundamental para seu bem-estar e tranquilidade, para uma maior consciência do próprio corpo e melhores condições

para prevenir a APP.

Não se pode desconsiderar a interferência do nível educacional na capacidade cognitiva, deve-se permitir que a mulher traga o seu repertório linguístico e cultural para que se possa conhecer a integração entre o aprendido e o vivido. Nesse caso é possível incluir Alecrim que fez a interpretação errônea de que não poderia manter o sexo, porém a mesma entendeu que seria permitido orgasmos:

Então eu acho que foi por isso que eu passei esse tormento todo. Porque toda vez que eu gozava minha barriga, ela aumentava de tamanho, de volume e endurecia, contraía, doía muito. Assim de sabe? Doía mesmo. Gente, que coisa, os médicos não explicam nada. (Alecrim).

A sexualidade é uma questão presente no cotidiano dos enfermeiros no cuidado da mulher gestante, o que inclui as dimensões biológicas, psicológicas e sociais (LOURO; FELIPE; GOELLNER, 2007). É importante que medidas de educação em saúde sejam adotadas dentro das unidades de saúde face às manifestações da sexualidade das gestantes em APP, o que legitima o papel da enfermeira e delimita sua atuação de educador neste campo. Este deve propiciar informações atualizadas do ponto de vista científico e explicar os diversos valores associados à sexualidade e aos comportamentos sexuais existentes na sociedade, possibilitando ao cliente desenvolver cuidados coerentes que ele próprio possa eleger.

Para Menezes e Rosa (2004), o cuidado implica num conjunto de atitudes que permitam a melhor aplicação do saber adquirido. O cuidado humanizado envolve a consciência de si, do corpo, para sensibilizar a condição plena do “auto-cuidador”. Dessa forma, o mesmo será capaz de realizar escolhas responsáveis para a manutenção e a preservação de sua saúde.

O pré-natal consiste no atendimento multidisciplinar que tem como objetivo manter a integridade da saúde materna e fetal (BEZERRA; OLIVEIRA; LATORRE, 2006). Conforme Beretta e Andrade (2004), o pré-natal é um momento de oportunidade para a atuação do enfermeiro na educação em saúde, com vistas à prevenção de intercorrências. Essa assistência permite estabelecer uma relação de confiança e de maior apoio à mulher.

É importante que se possa oferecer um espaço específico dentro da rotina

ambulatorial e/ou hospitalar para essa finalidade para garantir a privacidade e o respeito à gestante.

Entretanto, o que chamou atenção durante as entrevistas foi o fato de as depoentes não mencionarem a atuação do enfermeiro nas consultas de pré-natal. Em todos os relatos esse tipo de atendimento foi realizado exclusivamente pelo médico.

Cabe lembrar que além das atividades privativas da enfermeira, incumbe à enfermeira obstétrica:

- I. prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II. identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III. realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária. (DECRETO nº 94.406, art. 9º).

Enfim, o enfermeiro graduado de realizar atividades de educação em saúde no pré-natal de baixo e/ou alto-risco.

O momento da orientação educacional realizado pelo enfermeiro pode ser importante na identificação de problemas sociais e/ou relacionados ao companheirismo, assim como fatores emocionais como a depressão durante a gestação, abrindo um espaço de atuação de forma a prestar um cuidado congruente às necessidades do casal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a vida das gestantes que vivenciaram a ameaça de parto prematuro, foi possível concluir que a sexualidade transcende ao que concerne o corpo no estado gravídico e a condição de risco gestacional, abrangendo um universo mais complexo de contextualização histórica da mulher, advindo das relações humanas, construído pela história e definido pela cultura.

Apesar das conquistas realizadas pelo movimento feminista, os padrões de comportamentos, modos de vida e as relações de companheirismo estão fortemente ligados à sociedade machista e patriarcal. A função “do lar” ainda é atribuída à mulher, o que a leva por vezes a uma dupla ou até tripla jornada de trabalho. Na divisão das atribuições cabem às mulheres as tarefas domésticas e cuidados com os filhos, e ao homem a responsabilidade do provimento do lar.

A mulher gestante com diagnóstico de ameaça de parto prematuro frente à necessidade de repouso e abstinência sexual, vivencia profundas modificações no seu cotidiano, compreendendo seus aspectos biológicos, emocionais e comportamentais. Porém, não foge ao fardo cultural herdado da nem tão obsoleta sociedade patriarcal. Ciente da indicação de repouso, a mulher permanece exercendo as tarefas domésticas, pois percebe como seu dever manter a casa limpa e pronta, aguardando o retorno do seu parceiro que trabalha para o sustento do lar.

Ao tratar da sexualidade, a influência cultural associada aos fatores sociais interfere significativamente na abstinência sexual das mulheres que vivenciam o diagnóstico de ameaça de parto prematuro. Culturalmente a maternidade a torna a principal responsável pela proteção da prole, no entanto, não divide essa responsabilidade com seu companheiro e preocupa-se em atender ao anseio sexual do marido, pois caso não o cumpra sente-se ameaçada dele satisfazer-se com outra. Essa preocupação em satisfazer o parceiro tem origem na crença religiosa de que a mulher deve servir ao homem. Aliada ao mito de naturalmente a necessidade sexual masculina ser maior do que a feminina. Assim, a mulher tende a manter relações sexuais por insegurança e medo do abandono do parceiro. Dessa forma, vive o dilema entre proteger o casamento e proteger a gestação, como se um fosse o oponente do outro.

A insegurança no relacionamento torna-se um fantasma que assombra seu dia a dia e que a faz desconfiar do marido quando esse age de acordo com o que fora prescrito: abster-se. Os aspectos biológicos e o estresse psicológico vivido pela mulher somam-se, contribuindo para a ocorrência do parto prematuro. A solução sugerida pelas entrevistadas para diminuir a ansiedade e manter o relacionamento harmonioso foi o estabelecimento do diálogo entre o casal para desmitificar os sentimentos de insegurança que as oprimem.

Entre apontar o diálogo como solução do problema e aplicar no cotidiano, existe ainda um grande vão que os separa, que é a cultura do silêncio, quando se trata do tema sexualidade. Não é fácil para a mulher discutir abertamente com os seus parceiros sobre sua sexualidade. Durante gerações, foram passadas de mãe para filha o silêncio sobre o tema, até mesmo pela desinformação. Após o movimento feminista a sexualidade vem sendo tratada no âmbito familiar no sentido da responsabilidade materna em orientar os filhos quanto à reprodução. A orientação sexual nas escolas ainda se limita à informação biológica da gravidez e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Esse fato nos mostra que apesar dos avanços sociais a sexualidade ainda não é amplamente discutida em sua profundidade e complexidade.

A reprodução desse modelo de orientação sexual também reflete no atendimento do profissional de saúde à mulher/casal. O modelo de atenção biomédico ainda é predominante. Através das falas das depoentes constatou-se que as orientações durante o pré-natal sobre a sexualidade estavam voltadas ao corpo biológico e sua fisiologia, e o sexo era tratado de forma repreensiva já que as mulheres tinham indicação para abstinência sexual. Essa conduta foi identificada como uma barreira no estabelecimento do diálogo entre cliente e profissional sobre a temática, levando ao silêncio e à desinformação.

Durante a pesquisa foi observado que as mulheres entrevistadas não citaram a participação do enfermeiro no atendimento à gestante de alto-risco. Cabe destacar a importância da atuação desse profissional na identificação dos problemas acima relacionados de modo a prestar um cuidado congruente às necessidades do casal.

A mulher com diagnóstico de APP vive o modelo da identidade social de gênero requerido e cumpre as exigências de seu próprio inconsciente cultural.

Equilibra-se numa corda bamba em que ser esposa no lar e mulher na cama, conflita com o ser mãe, oscilando na linha tênue entre a culpa e a responsabilidade.

Um caminho para entender a realidade dessas mulheres é conhecer seu universo complexo e diversificado, a partir do relato das próprias mulheres. Essa poderá ser uma porta de entrada para que se tome consciência da diversidade cultural. É necessário, ampliar essa atuação, envolvendo homens e mulheres valorizando as experiências e o que há de universal para a construção de conhecimentos e superação das dificuldades, objetivando garantir o pleno exercício dos direitos sexuais e a saúde reprodutiva do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, Carmita. **Descobrimto sexual do Brasil para curiosos e estudiosos**. São Paulo: Summus, 2004.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) /DHHS/EUA. **Management of preterm labor**: evidence report/technology assessment, AHRQ public., n. 18, n. 01-E021, 2000.

ALMEIDA, M. V. L.; SILVA, L. G. P.; MONTENEGRO, C. A. B. A prematuridade na maternidade-escola do Rio de Janeiro: estudo dos fatores de risco. **J Bras Ginecol.**, n. 104, p. 191-197, 1994.

ALVES, Angelina Maria Aparecida. **A amamentação de pré-termo em um hospital amigo da criança**: contribuições da enfermagem a partir da história de vida das mães. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BARSTED, Leila Linhares de A. (Org.). instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001. (Coletânea Traduzindo a Legislação com a perspectiva de gênero).

BERETTA, M. I.R.; ANDRADE, A. S. A educação em saúde e a utilização do psicodrama em uma intervenção educacativa com gestantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte: Coopmed, v. 8, n. 1, p. 171-176, jan./mar. 2004.

BEZERRA, L. C.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de; LATORRE, M. R. D. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p.223-229, jun. 2006.

BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 414-21, mai./jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 1. ed. Brasília, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília, 1998.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 1999a. (Coleção Saraiva de Legislação).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 1. ed. Brasília, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 4. ed. Brasília, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Temática da Saúde da Mulher. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situação de risco de morte materna. 2. ed. Brasília, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada – manual técnico. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe-canguru. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Planejamento familiar**: manual para o gestor. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero**. Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **2004 ano da mulher**. 1. ed., reimpr. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. 1. ed., reimpr. Brasília, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília, 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo saúde. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Política para Mulheres. **Agenda da mulher**. Brasília, 2006b.

_____. Decreto nº 94.406/87, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7498 que dispõe o exercício da enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 20 nov. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**: sistema de informações sobre nascidos vivos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe/sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 nov. 2008b.

CAMPOS, M. R. *et al.* Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do estudo da morbi-mortalidade e atenção peri e neonatal no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 (Sup 1), p. S34-S43, 2004.

CASCAES, A. M. *et al.* Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, mai. 2008.

DOURADO, V. G.; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, mar. 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão Editora, 2004.

FONSECA, E. S. B.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Prevenção do nascimento prematuro: importância da monitorização das contrações uterinas. **Rev. Brás. Ginecol. Obstet.**, n. 21, p. 509-515, 1999.

GÊNESIS. In: A BÍBLIA Sagrada Velho e Novo Testamento. Tradução ecumênica. Rio de Janeiro: Ed. Juerp, 1987.

GOLDENBERG, R. L. *et al.* The preterm prediction study: patterns of cervicovaginal fetal fibronectin as predictors of spontaneous preterm delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, National Institute of Child Health and Human Development Network Of Maternal Fetal Medicine Units, v. 177 n. 1, p. 8-12, 1997.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.

HEILBORN, M. *et al.* **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/ Fiocruz, 2006.

HOGA, L.A.K.; LIMA, V.M.; ALCÂNTARA, A.C. Envolvimento Masculino em Saúde Reprodutiva: Estudo Etnográfico em Brasileiros Nikkeys. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.13, parte II, 2000.

IAMS, J. D. Preterm birth. In: GABBE, S. G.; NIEBYL, J. R.; SIMPSON, J. L. **Obstetrics**: normal and problem pregnancies. 4. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 22. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zagar Ed., 2008.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. **Trascultural nursing**: concepts, theories, research and practices. 3. ed. New York: McGraw Hill, 2006.

LINS, Regina Navarro. **A cama na varanda**: arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo – novas tendências. Rio de Janeiro: Best Seller, 2007.

LOURO, L. G.; FELIPE, J.; GOELLER, V.S. **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo. 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

MENEZES, G. A. C.; ROSA, R. S. D. Práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte: Coopmed, v. 8, n. 2, p. 337-340, abr./jun. 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2002.

MOREIRA, M. I. C. **Gravidez e identidade do casal**. Rio de Janeiro: Record/ Rosa dos Tempos, 1997.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira *et al.* Produção científica em saúde da mulher na Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil 1993-2002. **Cienc.enferm**, Concepción, v. 11, n. 2, 2005.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M. D. S. Utilização da Teoria do Cuidado Cultural na Pós-Graduação em Enfermagem: A Realidade Brasileira. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 245-252, jun. 2006.

PIATO, Sebastião. **Terapêutica hormonal em ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

PRATSCHKO, M.; WERNER, S. **Uma em cada quatro mulheres brasileiras não sente orgasmo**. 2004. Tradução de Lúcia Sperber e Cristian. Disponível em <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=61463>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

REDE Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Humanização do Parto: dossiê**. São Paulo, 2002.

ROMERO, R. *et al.* Infections and prematurity and the role of preventive strategies. **Seminário Neonatologia**, n. 7, p. 259-274, 2002.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 14-22, abr. 2003.

SANTOS, Claudia. **A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, Leila Rangel. **Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social – história de vida de mães com sífilis**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

SOUSA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 150-155, abr. 2003.

SPALLICI, M. D. B. *et al.* Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade. **Rev. Med. HU-USP**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan./jun. 2000.

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, W. **Programas nacionais de saúde materno infantil**: impacto político social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

VENTURA, M. *et al* **Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

ZEITLIN, J. A.; SAUREL-CUBIZOLLES, M. J.; ANCEL, P. Y. Marital status, cohabitation, and the risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. **Pediatr. Perinat. Epidemiol.**, n. 16, p. 124-30, 2002.

ZUCCHI, Marcia. Depressão na gravidez e prematuridade: Aspectos epistemológicos da investigação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “**Mãe x Mulher: a abstinência sexual na ameaça de parto prematuro na perspectiva sociocultural**” que tem como objetivo: discutir os fatores socioculturais e sua interferência na abstinência sexual das mulheres que vivenciam a ameaça de parto prematuro.

A finalidade é que a partir dos resultados, possamos contribuir para a assistência as gestantes de alto-risco com diagnóstico de ameaça de parto prematuro.

Os dados da pesquisa originam-se de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita.

Esclarecemos que nesse estudo:

- A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode antes ou durante todo o processo da pesquisa recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação ao pesquisador ou a instituição.
- Você escolherá um pseudônimo a fim de garantir o anonimato e as informações serão sigilosas.
- Você receberá esclarecimento sobre qualquer dúvida relacionada com a pesquisa.
- O conteúdo das falas será utilizado somente para a pesquisa, constando em publicações, discussões e eventos científicos que visam contribuir para melhorar a qualidade da assistência a gestante com diagnóstico de ameaça de parto prematuro, sendo respeitada sua fidedignidade.

- Nesta pesquisa não haverá riscos, desconfortos e/ou gastos para o participante.
- Esta pesquisa não dispõe de financiamento.

Para firmarmos sua compreensão em relação a este convite e seu interesse em contribuir para a realização desta pesquisa, em consonância com a Resolução 196/96 – MS, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, é fundamental a sua assinatura neste consentimento informado do qual você obterá uma cópia.

Agradecemos sua atenção,

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Assinatura do participante

Comitê de ética em Pesquisa
Tel.: 2503 2024

Assinatura da pesquisadora

Tel.: 3975 9598 / 9945 8006
E-mail: juunirio@hotmail.com
Orientadora: Leila Rangel da Silva
Tel.: 9469 0139

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

1- IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ Nº PRONTUÁRIO _____

IDADE _____ COR _____ NACIONALIDADE _____ NATURALIDADE _____

BAIRRO _____

2 – DADOS SÓCIO-ECONOMICOS

PROFISSÃO _____ RELIGIÃO _____

SITUAÇÃO CONJUGAL	ESCOLARIDADE	RENDA FAMILIAR
() SOLTEIRA	() ENSINO FUNDAMENTAL	() 300 A 500 REAIS
() CASADA	() ENSINO MEDIO	() 501 A 1.000 REAIS
() DIVORCIADA	() ENSINO SUPERIOR	() 1.001 A 1.500 REAIS
() SEPARADA	() COMPLETO	() 1.501 A 2.000 REAIS
() CONCUBINADA	() INCOMPLETO	() 2.001 A 3.000 REAIS
		() ACIMA DE 3.000 REAIS

RESIDÊNCIA
() PRÓPRIA
() ALUGADA

REDE DE ESGOTO
() SIM
() NÃO

COLETA DE LIXO
() SIM
() NÃO

AUTOMÓVEL
() SIM
() NÃO

FÁCIL ACESSO AOS MEIOS DE TRANSPORTES
() SIM
() NÃO

3- ANTECEDENTES PESSOAIS

MEDICAMENTOS

() SIM () NÃO

QUAIS? _____

DROGAS

() SIM () NÃO

QUAIS? _____

CIGARRO

() SIM () NÃO CIGARROS/DIA () ANOS ()

ÁLCOOL

() SIM () NÃO QUANDO? () SOCIAL (EVENTUAL) () DIÁRIO QUANTO? _____

PAROU QUANDO FICOU GRÁVIDA () SIM () NÃO

CIRURGIAS PRÉVIAS

() SIM () NÃO QUAIS? _____ QUANDO? _____

MOTIVO _____
 ALGUMAS DESSAS DOENÇAS? _____ REALIZA TRATAMENTO? _____

() HIPERTENSÃO() OUTRAS _____ () SIM () NÃO

() DIABETES () ANTES DA GESTAÇÃO

() CÂNCER () DURANTE A GESTAÇÃO

ANTECEDENTES DE VIOLÊNCIA ? _____

4- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

DATA DA 1º MESTRUAÇÃO _____ DATA DA ÚLTIMA MESTRUAÇÃO _____

PARCEIRO FIXO () SIM () NÃO MAIS DE UM PARCEIRO / Nº _____

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

() SIM() NÃO QUAL? _____

Nº DE GESTAÇÕES ___ Nº DE PARTOS CESARIANOS ___ Nº PARTOS VAGINAIS ___

Nº ABORTOS _____ PROVOCADOS _____ NATURAL _____

ÚLTIMO PARTO

() NORMAL() CESÁRIAQUANDO? _____

ÚLTIMA GESTAÇÃO

() GÊMEOS () NATIMORTO () PRÉ-TERMO () PÓS-TERMO

() ÚNICO () NEOMORTO () TERMO AO NASCER

() BAIXO PESO () ACIMA DO PESO () PESO NORMAL

5- GESTAÇÃO ATUAL

DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS: _____

GRAVIDEZ PLANEJADA?

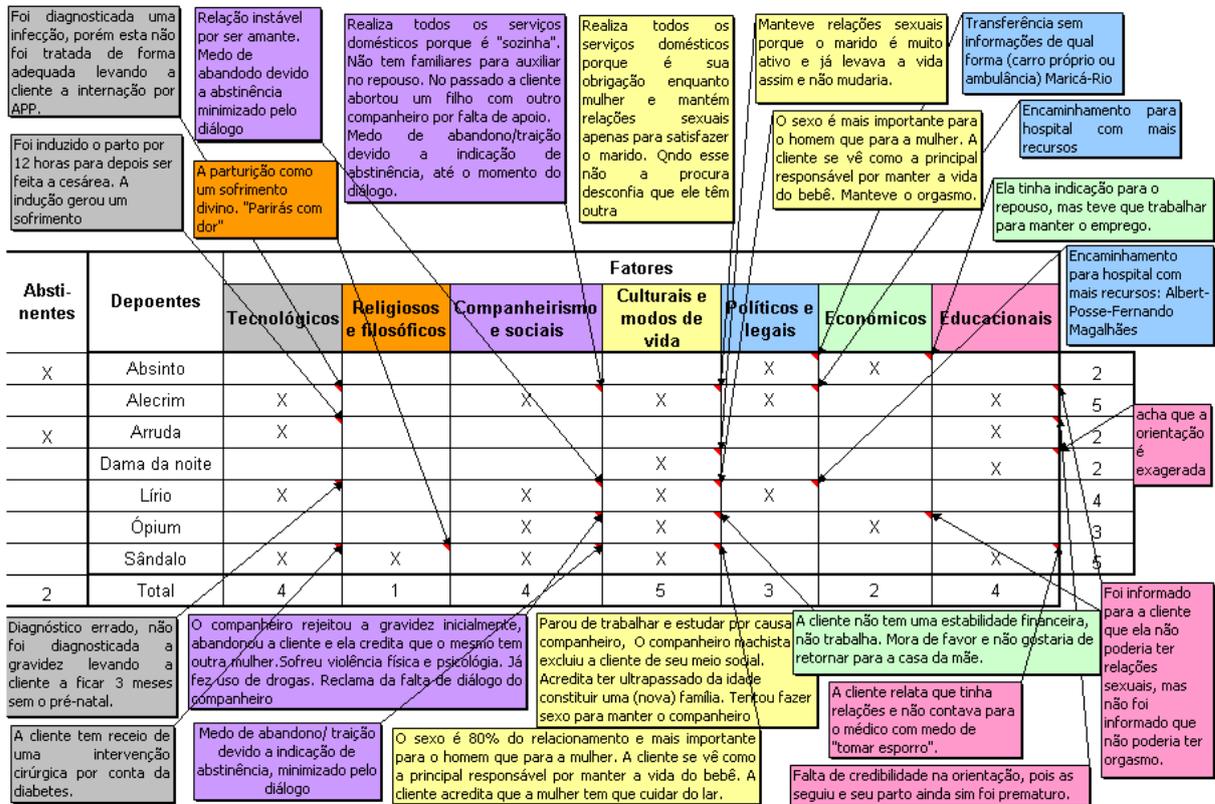
() SIM () NÃOIDADE GESTACIONAL NA 1º CONSULTA _____

DATA PROVÁVEL DO PARTO _____

IDADE GESTACIONAL _____ SEMANAS

Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL _____

APÊNDICE C – Quadro de Depoimentos



Dimensões da Estrutura Cultural e Social

Culturais e modo de vida	<ul style="list-style-type: none"> Cabe a mulher que executar os serviços domésticos A mulher mantém relações sexuais, pois têm como papel postulado de "satisfazer o companheiro" Manutenção de modos de vida que não se adequam a realidade da gestação de risco em APP O homem tem mais necessidade de sexo que a mulher A mulher se vê como a principal responsável por manter a vida do concepto A mulher acredita ter ultrapassado da idade para constituir uma (nova) família O homem que não procura a companheira para o sexo deve ter outra O esteriótipo ideal da família.
Companheirismo e sociais	<ul style="list-style-type: none"> Falta de diálogo com o companheiro Falta de estrutura familiar para auxiliar no repouso Medo do abandono do parceiro
Religiosos e filosóficos	<ul style="list-style-type: none"> Fatores religiosos que interferem no padrão de cuidado e nas emoções
Educacionais	<ul style="list-style-type: none"> Falta de orientação pelos profissionais quanto a abstinência de relações sexuais ou outros Falta de comunicação da cliente com o médico Falta de credibilidade na orientação médica
Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> Falha no diagnóstico/ diagnóstico tardio Intervenções desnecessárias - medos e angústias relacionadas Falta de tecnologia
Políticos e legais	<ul style="list-style-type: none"> Referência e contra-referência
Econômico	<ul style="list-style-type: none"> Dependência financeira Necessidade de trabalhar para o sustento

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 69A/2008

Rio de Janeiro, 12 de maio de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 37/08</p> <p>TÍTULO: Ameaça de parto prematuro: histórias de vida além do diagnóstico.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Juliana Garcia da Rosa.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Fernando Magalhães.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 12/05/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)