

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?

Larissa Gerin

Ribeirão Preto

2008

LARISSA GERIN

A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Maria de Almeida

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Gerin, Larissa

A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual? Ribeirão Preto, 2008.

108 f.; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Almeida, Ana Maria de

1. Dor. 2. Dispareunia. 3. Sexualidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Larissa Gerin

A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.^a Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Pela importância deste trabalho em minha vida é que o dedico, em forma de homenagem, com todo o meu amor, à minha avó Leonor (Vó Nô), por ter sido tão presente e ter deixado um vazio dolorido em meu peito após sua partida.

Tem gente que passa, tem gente que permanece... em um sorriso, um gesto, no material genético, em um exemplo, uma cantiga, uma crença, um suspiro, um beijo, um carinho, no macarrão com carne picadinha na travessa que ainda guardo comigo, nas ceias de ano novo, "adeus ano velho, feliz ano novo", no "paiero" soltando muita fumaça no ar... tem gente que apesar de ir, fica... e fica com tanta intensidade... fica impregnado no pensamento, na lembrança, na saudade... Vó linda, te amo pra sempre!

AGRADECIMENTOS

Sempre, em primeiro lugar, agradeço a Deus, que se manifesta nas pequenas e grandes coisas, que facilita a minha caminhada por colocar diante de mim pessoas tão especiais.

À minha mãe, Marisa, pela educação que me proporcionou, pela criação baseada no amor e respeito, por ter me dado limites, por me incentivar à leitura e por me ensinar a amar a língua portuguesa e a literatura.

Ao meu pai, Messias, exemplo de generosidade e bondade gratuita, pelos princípios transmitidos, maior herança que um filho pode receber, e pelos olhares e silêncios extremamente significantes no meu desenvolvimento como ser humano.

Ao meu namorado, Rafael, por ser amigo e por ser amante, por suportar a distância, aceitar minhas escolhas, e pelas inúmeras discussões produtivas sobre sexualidade feminina.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Ana Maria de Almeida, por ter me permitido pesquisar aquilo que me inquietava com liberdade, e por sua ajuda ímpar no desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

À tia Balia, Serginho e Jeanne por me acolherem em Ribeirão Preto de forma tão carinhosa e acolhedora em um momento de transição e escolhas importantes.

À Prof.^a Dra. Silvana Martins Mishima por ter me iniciado em pesquisa durante a graduação e por tudo que aprendi durante o estágio do PAE.

À Prof.^a Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim, pela ajuda no exame de qualificação e por sentar comigo de forma tão carinhosa e comprometida, auxiliando-me na conclusão deste trabalho.

Às professoras Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, Dra. Elizabeth Meloni Vieira, pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

A todas as mulheres que aceitaram dividir comigo a sua intimidade e suas histórias de vida, e a participar desta pesquisa, mesmo sem esperar nada em troca.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que, de alguma forma, foram importantes no desenvolvimento deste trabalho.

Aos funcionários do Centro de Saúde II de Cardoso, por serem tão queridos, e por me ajudarem, mesmo sem saber o que eu estava fazendo ali, durante a coleta de dados.

À auxiliar de enfermagem Ana Rosa Alves Constantino, funcionária do CSII de Cardoso, pessoa querida, fundamental no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Diretor de Divisão de Saúde de Cardoso, Dr. José Maria Morettin, por ter acreditado em meu potencial e autorizado o desenvolvimento deste estudo, e principalmente pelo seu “enorme coração”.

“(...) o que ele antes desejava apenas com a curiosidade e com pruridos precoces, passara a desejar agora ardentemente, com todo o corpo. Era uma tortura, pois a idéia do pecado se misturava com o desejo, tornando-o ainda mais intenso e doloroso. Entre o seu corpo e o objeto de seus sonhos fogosos erguia-se o castigo dos professores e, ainda mais assustador, o castigo de Deus. A verdade, porém, era que nada disto conseguia apaziguar-lhe os apetites, que ele saciava solitariamente, no silêncio do quarto, cheio de medo, de vergonha e dum trêmulo e ansiado prazer. Vinham-lhe depois tremendas lutas de consciência. Os professores faziam circular entre os alunos livros de educação sexual em que havia pavorosas ameaças para os que se entregavam àquelas satisfações solitárias e pecaminosas. A natureza castigava aos que transgrediam suas sábias leis”.

(VERÍSSIMO, 1980, p.23)

RESUMO

GERIN, L. *A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?* 2008. 108 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A dor é uma experiência desagradável associada a uma lesão tecidual, mas que se diferencia para cada indivíduo, pois sofre diversas influências. Dentre estas queixas relacionadas ao ato sexual, a dispareunia e o sofrimento decorrente dela me chamaram a atenção, fato que aliado a uma lacuna acerca de intervenções para resolver ou minimizar este problema motivou a realização deste estudo. Frente a essas considerações o objetivo deste estudo foi compreender, entre mulheres usuárias do serviço de Saúde da Mulher do Centro de Saúde II de Cardoso, município do estado de São Paulo, a concepção que elas têm sobre a dispareunia e as consequências dessa ocorrência na sua saúde sexual. Além disso, objetivou-se identificar como a mulher descreve a dor relacionada ao ato sexual; verificar, entre as mulheres, a presença de eventos psicológicos que podem desencadear a dispareunia; compreender como a dispareunia interfere na sua prática sexual; e verificar se a presença da dor interferiu no relacionamento com o parceiro e na satisfação sexual. Para o alcance dos objetivos foi utilizado a metodologia qualitativa, com a análise de conteúdo das entrevistas de dezesseis mulheres pesquisadas, que por meio da técnica de análise temática emergiram as seguintes categorias: dispareunia – um problema para a mulher; a dispareunia e o desenvolvimento da sexualidade; a dispareunia e a sexualidade: compreendendo os fatores psico-sócio-culturais e busca por ajuda, que foram descritas em subcategorias. Observou-se que muitas ainda se submetem à prática sexual sem vontade, na presença da dor, para satisfazer o parceiro e cumprir o seu dever de esposa. As mulheres demonstraram desconhecer a etiologia da dor, algumas buscavam relacioná-la com algum problema físico que apresentavam no momento, e ao descrever a dor o fizeram de forma amena, como uma dorzinha fraca que incomoda. Ao responder ao Questionário de Dor McGill os termos escolhidos apontaram para uma dor de grande intensidade geradora de sofrimento intenso, o que reforça a possibilidade de desqualificação da dor, como se sua presença fosse normal e esperado à mulher. Os discursos também demonstraram que os fatores não orgânicos, como a educação recebida e o relacionamento com o parceiro, apresentaram uma forte influência no desenvolvimento e manutenção da dispareunia. Apesar de conviverem com a dispareunia por muitos anos, as mulheres entrevistadas não encontraram formas de resolver o problema, pois quando conseguiram exteriorizá-lo à profissionais de saúde receberam orientações desconexas e não foram encaminhadas à profissionais habilitados à temática da sexualidade, o que demonstra o despreparo dos profissionais de saúde e dos serviços para receber e auxiliar esta clientela.

Palavras-chave: Dor, Dispareunia, Sexualidade

ABSTRACT

GERIN, L. *The occurrence of dyspareunia among women: what happens with the sexual health?* 2008. 108 p. Thesis (Master) – College of Nursing at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Pain is an unpleasant experience associated to tecidual lesion, particular to each individual because it is affected by several factors. Among the complains related to the sexual intercourse, dyspareunia and the suffering it causes, caught my attention because of the lack of interventions to solve or alleviate the problem, which motivated me to accomplish this study. In view of these considerations, this study aimed to understand conceptions held by women, users of the Women Service of the Health Center II in Cardoso, SP, Brazil, regarding dyspareunia and its consequences for sexual health. It also aimed to identify how they describe the pain related to the sexual intercourse; verify, among them, the presence of psychological events that can potentially trigger dyspareunia; understand how it interferes in their sexual practice; and verify whether the presence of pain interfered in the relationship with the partner and sexual pleasure. For achieving such objectives, qualitative methodology was used, with content analysis of interviews carried out with 16 women. From the thematic content technique, the following categories emerged: dyspareunia – a problem for the woman, dyspareunia and the development of sexuality; dyspareunia and sexuality: understanding psycho-socio-cultural factors and search for help, which were described in subcategories. It was observed that many of them submit to the sexual practice without desire and with pain, to satisfy the partner and to comply with their obligations as wives. Women showed lack of knowledge on pain etiology and some sought to relate it to some physical problem they were presenting at the moment. When they described the pain, they reported it mildly, as a bothering weak pain. When answering the McGill Pain Questionnaire, the terms chosen appointed to a pain of great intensity that generates intense suffering, which reinforces the possibility of disqualification of pain, as if its presence was normal and expected. The reports also demonstrated that non-organic factors, such as the education received and relationship with the partner, exerted strong influence in the development and maintenance of dyspareunia. Despite the experience of many years with dispaurenia, the women interviewed did not find ways of solving the problem, because when they managed to talk about with health professionals, they received misleading guidance and were not refereed to professionals specialized in the sexual thematic, which shows the lack of preparedness of health professionals and services to receive and assist this clientele.

Key-words: Pain, Dyspareunia, Sexuality

RESUMEN

GERIN, L. *El apareamiento de dispareunia entre mujeres: que pasa con la salud sexual?* 2008. 108 p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

El dolor es una experiencia desagradable asociada a una lesión tisular, pero que se diferencia para cada individuo, pues sufre de diversas influencias. Entre estas quejas relacionadas al acto sexual, la dispareunia y el sufrimiento generado por ese trastorno han llamado la atención, aliado a la falta de conocimiento acerca de intervenciones para resolver o minimizar este problema, motivaron la realización de este estudio. Frente esas consideraciones el objetivo de este estudio fue comprender, entre mujeres usuarias del servicio de Salud de la Mujer del Centro de Salud II de Cardoso, municipio del estado de São Paulo, la concepción que ellas tienen sobre la dispareunia y las consecuencias de ese agravo en su salud sexual. También, se buscó identificar como la mujer describe el dolor relacionado al acto sexual; verificar, entre las mujeres, la presencia de eventos psicológicos que pueden desencadenar la dispareunia; comprender como la dispareunia interfiere en su práctica sexual; y verificar si la presencia de dolor interfirió en la relación con el compañero y en su satisfacción sexual. Para el alcance de los objetivos, fue utilizada la metodología cualitativa, con el análisis de contenido de las entrevistas de dieciséis mujeres, que por medio de la técnica de análisis temática emergieron las siguientes categorías: dispareunia – un problema para la mujer; la dispareunia y el desenvolvimiento de la sexualidad; la dispareunia y la sexualidad: comprendiendo los factores psico-socio-culturales y la busca por ayuda, que fueron descritos en subcategorías. Se observó que muchas todavía se someten a la práctica sexual sin voluntad, en presencia de dolor, para satisfacer el compañero y cumplir su deber de esposa. Las mujeres demostraron desconocer la etiología del dolor, algunas buscaban relacionarla con algún problema físico que presentaban en el momento, y al describir el dolor lo hicieron de forma amena, como un “dolorcillo” débil que incomoda. Al responder el Cuestionario de Dolor McGill, los términos escogidos apuntaron para un dolor de gran intensidad generadora de sufrimiento intenso, lo que refuerza la posibilidad de descalificación de dolor, como si su presencia fuese normal y esperada para la mujer. Los discursos también demostraron que los factores no orgánicos, como la educación recibida y el relacionamiento con el compañero, presentaron una fuerte influencia en el desenvolvimiento y mantenimiento de la dispareunia. A pesar de convivir con la dispareunia por muchos años, las mujeres entrevistadas no encontraron formas de resolver el problema, pues cuando consiguieron exteriorizarlo a profesionales de salud, recibieron orientaciones sin conexión y no fueron encaminadas a profesionales habilitados en la temática de la sexualidad, lo que demuestra la falta de preparación de los profesionales de salud y de los servicios para recibir y auxiliar este tipo de pacientes.

Palabras-Clave: Dolor, Dispareunia, Sexualidad

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	17
3. OBJETIVO	25
3.1. Objetivo Geral.....	26
3.2. Objetivos Específicos	26
4. QUADRO TEÓRICO	27
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
5.1 Tipo de Estudo	37
5.2 Campo de Estudo	37
5.3 Sujeitos da Pesquisa.....	38
5.4 Coleta de Dados.....	40
5.5 Descrição da Amostra.....	41
5.6 Análise dos Dados	42
6. RESULTADOS.....	44
6.1 Dispareunia – um problema para a mulher	45
6.1.1 Descrevendo o significado da dor	45
6.1.2 Dor relatada X Dor mensurada	53
6.2 A dispareunia e o desenvolvimento da sexualidade	55
6.2.1 A Dispareunia e a Saúde Sexual Comprometida.....	56
6.2.2 A Dispareunia e a Prática Sexual	61
6.2.3 A Dispareunia e a Satisfação Sexual.....	66
6.3 A dispareunia e a sexualidade: compreendendo os fatores psico-sócio-culturais	71
6.3.1 Educação Sexual	72
6.3.2 Relacionamento com o Parceiro.....	78
6.4 Busca por ajuda	85
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE.....	104
Apêndice A.....	104
Apêndice B.....	105
Apêndice C.....	106
ANEXO	107
Anexo A.....	107
Anexo B.....	108

1. APRESENTAÇÃO

Em minha experiência como enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde, lugar em que realizava sistematicamente o exame ginecológico e a coleta de citologia oncológica, percebi que o relato de dor durante o exame era bastante frequente. Neste momento de grande intimidade, tive a oportunidade de entrar em contato com as mais diversas queixas voltadas à sexualidade feminina.

Em um primeiro momento, o meu interesse voltou-se para a ansiedade das mulheres antes do exame ginecológico, após a observação dos comportamentos e verbalizações feitas pelas próprias mulheres na sala de espera, e para a dor e desconforto que apresentavam durante o exame especular. Estas questões, a meu ver, afastava-as deste procedimento, desencadeando uma necessidade de desenvolver técnicas que minimizassem tais efeitos, visando aumentar a cobertura do exame no município, o que reduziria, por consequência, a possibilidade de ocorrência do câncer de colo uterino.

Entendendo que a dor, segundo a definição do International Association for the Study of Pain (IASP), é uma experiência desagradável associada a uma lesão tecidual, mas é uma sensação pessoal e subjetiva que sofre influências de vários fatores, como cultural, psicológico e emocional, portanto, é uma sensação que se diferencia em cada indivíduo (PINTANGUI, 2007; SOUSA, 2002; SOUZA, 2007), implementei algumas condutas buscando seu controle.

Uma das condutas foi a orientação acerca de cada etapa da realização desse exame antes da coleta, explicando às mulheres, que a ansiedade leva à contração vaginal e dificulta a inserção do espécuro (instrumento utilizado para visualização da vagina e colo uterino), além de aumentar a ocorrência de dor. Utilizava, ainda, técnicas de relaxamento, concentrando a atenção da mulher na respiração, associando o recurso de músicas que facilitavam o relaxamento.

Nas oportunidades que tive de oferecer uma atenção maior à queixa de dor durante o exame especular, geralmente foi possível observar que as mulheres com esta queixa referiam com maior frequência à dor relacionada ao ato sexual, sintoma relatado por elas como causa de sofrimento e descontentamento em relação à sua própria sexualidade.

Tomando estes cuidados e proporcionando a elas um ambiente mais eficaz e humanizado, percebi que as queixas relacionadas à prática sexual começaram a aparecer mesmo sem questionamentos e, sentindo-se acolhidas e à vontade para tratar de assunto tão íntimo, traziam as experiências dolorosas relacionadas ao ato sexual, de forma natural. Neste momento, levantar as queixas relacionadas à sexualidade não era meu objetivo, pois não me sentia capacitada para fornecer auxílio algum às mulheres. Assim, as queixas tornaram-se

cada vez mais freqüentes, e então, o meu interesse pela dor relacionada ao ato sexual foi despertado, e comecei a questioná-las em relação às suas experiências sexuais negativas para que, a partir de uma compreensão maior, pudesse buscar formas de auxiliá-las.

Segundo relato das mulheres, falar sobre suas necessidades sexuais com o parceiro e com profissionais de saúde era algo vergonhoso, e para muitas delas o ato sexual tinha como finalidade única satisfazer o parceiro. A abordagem de assuntos referentes à sua sexualidade, principalmente aos relacionados à prática sexual, e suas necessidades sexuais era algo novo para a maioria, inclusive para mim como profissional de saúde. Para muitas era “vergonhoso”, “pecaminoso” sentir desejo sexual, e ter prazer era coisa de “mulher sem vergonha”. Falar sobre estes assuntos com profissionais de saúde, também era praticamente impossível, visto que as consultas eram realizadas em tempo escasso e pouca abertura se dava para falarem de sua intimidade.

Na minha curta experiência de quatro anos pude perceber o quanto valores culturais, muitas vezes pessoais, religiosos, afetam a vida das mulheres, e geram sofrimento e dor. Uma mulher me relatou que ‘agradeceu a Deus’ quando ficou viúva, aos 38 anos, pois nunca mais iria precisar se submeter ao ato sexual, que para ela era extremamente doloroso, e nunca nenhum profissional de saúde conseguiu encontrar a causa. Esta mesma mulher tinha uma filha de 17 anos que, depois de passar anos ouvindo a mãe repetir por diversas vezes que relação sexual é ruim e dolorosa, dizia que não tinha desejo de iniciar sua vida sexual, e por isso se afastava dos homens.

Além disto, outros tantos desabafos de ausência de desejo/apetite sexual, sofrimento em realizar o ato apenas para cumprir o “dever de esposa”, aceitar a infidelidade do parceiro por acreditar que o prazer sexual é pecado ou algo vergonhoso para “mulheres decentes”, fizeram-me pensar no quanto comportamentos e costumes ditados pela cultura e pela sociedade interferem de maneira muito forte na vida de muitas mulheres.

Poucas procuram atendimento médico em função somente da dispareunia, a busca por ajuda acontece, muitas vezes, por acreditarem que a presença da dor seja conseqüente de algum problema físico, ou por serem instigadas pelo parceiro a procurarem a causa do problema que de alguma forma atrapalha a prática sexual.

Percebi que, se as mulheres tivessem espaço para falarem sobre o assunto e se fossem questionadas naturalmente em um ambiente em que se sentissem acolhidas, poderiam relatar a dor e ao mesmo tempo solucionar suas dúvidas, para junto com o profissional de saúde procurarem a terapia mais adequada. Para tanto, os serviços precisam se organizar para

oferecer todas as possibilidades necessárias ao acompanhamento de queixas referentes à prática sexual.

Observa-se que quando as mulheres buscam o atendimento ginecológico e nenhum problema físico é identificado, encerra-se o caso, e se estas não estiverem dispostas a procurar respostas, ou mesmo não se sentirem no direito de viver sua sexualidade como algo natural e prazeroso, certamente não vão fazer questionamentos, pois podem acreditar que o prazer é algo inerente apenas aos homens.

Diante desta realidade, como profissional de saúde, passei a buscar formas de auxiliar estas mulheres. Para tal busquei ajuda entre outros profissionais que tivessem embasamento teórico, e também complementando com revisão bibliográfica acerca da temática. Nesse processo pude perceber a ausência de estudos nacionais sobre o assunto e o desinteresse dos profissionais de saúde acerca desta questão que nem sempre está associada a uma doença física. O desinteresse dos profissionais manifestava-se por meio de conselhos acerca de não questioná-las sobre a dor relacionada ao ato sexual, por ser um problema sem solução. Nessa caminhada e tendo como referência os princípios da integralidade da assistência a estas mulheres, essa preocupação acabou me motivando para a realização deste estudo.

Entendo que dar escuta a elas durante o exame ginecológico pode nos aproximar possibilitando que falem de suas disfunções sexuais, com ênfase na dor relacionada ao ato sexual. Por ser uma queixa freqüente, mas na maioria das vezes não exteriorizada, entre as que buscam as unidades de atenção básica em saúde, é importante que a dispareunia seja identificada e tenha visibilidade para que possa ser inserida na agenda dos programas de saúde da mulher.

Assim, a queixa de dor durante o exame especular me fez pensar em algumas questões como – as mulheres que não relatam dor relacionada ao ato sexual na consulta ginecológica apresentam este sintoma? Se apresentam, porque não procuram solucioná-lo? A presença da dispareunia entre as mulheres é uma barreira para o desenvolvimento da saúde sexual? Até que ponto a dor relacionada ao ato sexual é considerada natural?

A sexualidade como produto das experiências vivenciadas em diversas culturas e sociedades, apresenta especificidades diferentes até mesmo de indivíduo para indivíduo. Cada ser humano pode apresentar interpretações variadas diante da mesma situação, ou seja, o que é problema para um pode não ser visto da mesma forma para outro. Neste campo da sexualidade, a fala de cada indivíduo pode ser única e carregada de valores extremamente importantes.

Na expectativa de esclarecer como cada mulher interpreta a dispareunia que vivencia é que embarquei nesta aventura, digo aventura por ser um tema de difícil compreensão, que foi abandonado por diversos profissionais de saúde, os quais desistiram de abordar esta temática por se tratar de tema complexo. Trazer a discussão sobre dispareunia a partir da fala das mulheres que convivem com ela pode contribuir para um maior conhecimento sobre o assunto, e com isso criar subsídios para melhorar o diagnóstico, acompanhamento e tratamento, além de levantar questionamentos para estudos futuros.

Nesse sentido, este trabalho apresenta uma introdução a respeito da dispareunia, suas diferentes definições, sua complexidade, e a dificuldade dos profissionais de saúde em compreendê-la e abordá-la. O quadro teórico aborda questões referentes à sexualidade feminina ao longo da história, e as repercussões da repressão sexual e dos movimentos pelo direito da mulher a uma vida sexual satisfatória.

Na interpretação dos dados coletados a partir de sua categorização, faço uma discussão da compreensão das mulheres entrevistadas acerca da dor que sentem, equiparando-a com mensuração da mesma. Em seguida, analiso a interferência que a dor exerce na prática e na satisfação das mulheres com sua vida sexual. Os resultados também apresentam uma discussão acerca de fatores não biológicos que podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da dor, como é o caso da educação recebida pela mulher e o relacionamento com seu parceiro sexual. Finalizando, a análise dos discursos demonstra-nos de que forma estas mulheres buscaram solucionar este problema até o momento.

2. INTRODUÇÃO

Disfunção sexual é definida como uma desordem relacionada com uma das fases do ciclo tradicional de resposta sexual humana (desejo, excitação, orgasmo e resolução), descrito primeiramente por Masters e Johnson¹ (1966 apud BASSON, 2001, p. 37) e modificado por Kaplan² (1979 apud BASSON, 2001, p. 37). Pode manifestar-se com dor sexual, o que resulta em sofrimento para a mulher e pode ter um impacto negativo em sua qualidade de vida (PASQUALOTTO et al., 2005). Abdo e Oliveira Júnior (2002) afirmam que 25% a 63% das mulheres apresentam algum tipo de disfunção sexual, sendo as mais freqüentes a falta de desejo sexual, a dispareunia e a disfunção orgásmica.

Binik (2005b) relata que o termo “dispareunia” foi criado por Barnes em 1874, que o definiu como acasalamento difícil ou doloroso, e foi uma tentativa de abranger todas as experiências dolorosas que interferiam no ato sexual.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua 4ª edição – DSM IV – publicada em 1994 e revisada em 2000 – DSM IV TR, limitado às desordens psiquiátricas, traz a dispareunia (302.76) dentro das disfunções sexuais como uma característica diagnóstica essencial de dor genital, recorrente ou persistente, associada com o intercurso sexual, podendo ocorrer, com mais freqüência, antes e durante o ato sexual. Ela pode permanecer após o mesmo, e acomete tanto homens como mulheres, nestas pode ser superficial, durante a penetração, ou profunda, durante as investidas do pênis. Ainda segundo o DSM IV, a dispareunia é causa de sofrimento ou dificuldade no relacionamento interpessoal, assim como as outras disfunções sexuais.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde em sua 10ª revisão – CID 10, traz a dispareunia não orgânica (F52.6) como um subítem de disfunção sexual, condição em que o indivíduo é incapaz de participar da atividade sexual da forma que desejaria. Esta classificação sugere que a dor relacionada ao ato sexual pode estar associada a uma causa patológica primária, e neste caso, o diagnóstico deve ser a patologia em si, pois para esta classificação a categoria dispareunia deve ser utilizada apenas quando não há outra disfunção sexual primária ou uma causa orgânica identificável. Assim, o diagnóstico de dispareunia somente deve ser feito quando a dor for o único problema apresentado pela mulher, sem outros problemas orgânicos ou outra disfunção sexual que podem causá-la.

¹ MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Human Sexual Response*. Boston, MA: Little, Brown; 1966.

² KAPLAN, H. S. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 3, p. 3-9, 1979.

Binik et al. (2002) e Binik (2005a, 2005b) apontam que a dispareunia não se enquadra nos critérios do DSM IV para uma disfunção sexual, quando o foco recai sobre questões sexuais e interpessoais. Para os autores a dispareunia se enquadraria melhor como uma desordem de dor que interfere na sexualidade, visto que na classificação do DSM IV a dor sexual é o único problema de dor que foi excluído da categoria “desordem de dor”. Categorizando a dispareunia como uma desordem de dor, o foco passa a ser a dor, que neste caso, é variada.

A partir da publicação, em 2000, do Relatório do "The International Consensus Development Conference On Female Sexual Dysfunction", fruto de uma conferência internacional de especialistas em sexualidade, os estudos sobre disfunção sexual têm apresentado avanços. Este Consenso propôs uma nova classificação da disfunção sexual feminina, a partir da estrutura geral do DSM IV e do CID 10, que inclui formas orgânicas e psicológicas da disfunção, alterando a definição de várias desordens. Nesta nova classificação da Disfunção Sexual Feminina, a dispareunia enquadra-se na categoria Desordem de Dor Sexual e é definida como dor genital recorrente ou persistente associada com o intercuro sexual (BASSON et al., 2000b). Optamos por utilizar esta definição neste estudo, por ser a mais recente, por sua amplitude e também por ser a mais utilizada pelos profissionais de saúde no dia-a-dia do trabalho.

Binik (2005b) relata que na prática clínica, o diagnóstico de dispareunia é feito quando se excluem fatores orgânicos relevantes e a definição destes depende mais da conduta do profissional médico e interação com o paciente do que de um critério formal. O autor acredita que as mulheres que recebem diagnóstico de dispareunia apresentam muitas diferenças, e o fato de não se identificarem estas diferenças pode resultar em uma intervenção inadequada.

Em minha experiência de trabalho percebi que a dispareunia é identificada quando a mulher queixa-se de dor durante o ato sexual ao profissional de saúde, e se esta queixa não é feita, as mulheres podem relatar a dor durante a anamnese, o que depende diretamente da confiança que deposita no profissional. A partir da identificação da presença da dispareunia, o profissional geralmente solicita exames que podem identificar causas orgânicas, como citologia oncológica, ultra-som e colposcopia, o que não auxilia quando a dor não é desencadeada por fatores orgânicos, e pouca importância se dá aos fatores não orgânicos, pois geralmente não são questionados.

Para Dennerstein (2005) a dispareunia é um sintoma que pode surgir tanto a partir de fatores orgânicos quanto de fatores psicológicos. Abdo e Oliveira Júnior (2002) apontam

que as causas orgânicas que desencadeiam a dispareunia são: endometriose, atrofia vaginal, trauma, escoriações, gravidez ectópica, infecções e inflamações ginecológicas. Os fatores psicológicos podem estar relacionados à timidez da mulher, evento sexual traumático anterior ou sentimento de culpa ligado a atividade sexual decorrente de uma educação repressora.

Existem poucas pesquisas relacionadas à etiologia da dispareunia. Acredita-se que ela apresenta múltiplas etiologias e a falta de uma etiologia única dificulta o diagnóstico, sua incidência vai depender da população estudada e definição usada (HEIM, 2001). A etiologia orgânica é pouco diagnosticada devido à associação com fatores psicossociais, o que colabora com a dificuldade para identificar a causa da dispareunia, pois esta pode não ser única (NORTH; PICKERSGILL, 2005).

Graziottin (2005) acredita que a dor relacionada ao ato sexual não é o único fator que caracteriza a dispareunia, sendo esta uma disfunção sexual de etiologia multifatorial e multissistêmica. Para a autora, a dispareunia interfere com outras dimensões da função sexual, visto que a dor inibe a preparação vaginal, diminui a lubrificação e pode levar a uma diminuição secundária do desejo e do orgasmo, portanto, está bem enquadrada como disfunção sexual.

Neste sentido, o fato da dor relacionada ao ato sexual apresentar diversos fatores causais desencadeia diferentes conceituações para a mesma e, assim, dificulta a sua identificação pelo profissional de saúde, além disso, os fatores psicossociais favorecem para que a mulher permaneça em silêncio.

Payne (2005) também acredita que a dispareunia causa um grande impacto na função sexual e todas as fases do ciclo de resposta sexual são afetadas pela experiência da dor. Para a autora, as mulheres procuram tratamento mais pela inabilidade de realizar o ato sexual do que pela dor em si. Esta procura por tratamento, ou pela resolução da dor, é feita, muitas vezes, sem uma queixa declarada, mas em função de não estarem realizando a prática sexual da forma ou na frequência que gostariam para agradar principalmente o parceiro, pois para elas o ato sexual torna-se um verdadeiro sofrimento.

Wurn et al. (2004), apresentam que são poucos os estudos em relação aos problemas sexuais femininos, e estes geralmente estão mais voltados para a prevalência, apresentando limitação quanto a opções de tratamento e componentes psicossociais.

Paqualotto et al. (2005) trazem que 76% das mulheres têm algum tipo de disfunção sexual; afirmam que o interesse pela função e disfunção sexual feminina tem se modificado nos últimos anos, ocorrendo um aumento no número de profissionais envolvidos com esta questão. Estes profissionais devem ter um grande conhecimento da função sexual

feminina para realizar uma avaliação inicial adequada da queixa da mulher e optar seguramente por um possível tratamento, visto que a disfunção sexual feminina está muito relacionada com características psicodemográficas e experiências negativas de relacionamentos sexuais. Os autores apontam para o papel da mídia nos dias atuais, que em suas informações, correntemente, normatizam a função sexual feminina considerando-a com estágios muito bem definidos e seqüenciados, comum a todas as mulheres, e com essa interpretação difundem mitos e tabus que acabam por gerar sentimentos de insatisfação com a atividade sexual e acrescentam receitas simples para a sua resolução.

Segundo North e Pickersgill (2005), cerca de 10% a 15% de mulheres férteis, sexualmente ativas, freqüentemente relatam dispareunia, esta incidência certamente é maior em mulheres na peri e pós menopausa. De acordo com estes autores, pelo fato da dispareunia apresentar diversas definições, sua prevalência aumenta quando se usa uma definição muito ampla.

Abdo e Oliveira Júnior (2002), por meio de revisão bibliográfica com estudos realizados na década de 90, apresentam que a prevalência estimada da dispareunia variou entre 14,4% e 18%.

No estudo de Glatt, Zinner e Cormack (1990), que investigou experiência sexual e dispareunia em mulheres, aquelas que apresentavam a dispareunia no momento do estudo e aquelas que a tiveram em algum momento da vida somaram 61%. Entre as mulheres que relataram dispareunia no momento do estudo, 24% a definiram como freqüente ou constante, 48% relataram diminuição da freqüência de intercursos sexuais devido à dispareunia e 34% relataram que a dispareunia teve um efeito desfavorável no relacionamento com o parceiro.

Os estudos de prevalência apresentam resultados que se diferem dependendo da forma como as mulheres são questionadas em relação à dispareunia e também, como já foi dito, da definição utilizada pelo autor. No estudo de Laumann, Paik e Rosen (1999) em que se avaliou a prevalência de disfunção sexual nos EUA em homens e mulheres entre 18 e 59 anos, a prevalência de dispareunia foi de 7%, neste estudo a dispareunia foi questionada juntamente com as outras disfunções sexuais, que foram mais presentes. Entretanto, no estudo de Jamieson e Steege (1996), a prevalência foi 46% entre mulheres sexualmente ativas, e neste estudo a definição utilizada para a dispareunia foi de dor durante ou depois do intercuro sexual, e as mulheres, que tinham entre 18 e 45 anos, foram questionadas pelo profissional médico apenas sobre a presença da dispareunia. Heim (2001) relata que quando o termo dispareunia é definido como episódios de dor relacionado ao ato sexual está presente em 60% das mulheres.

No estudo de Kadri, Alami e Tahiri (2002), que entrevistou mulheres acima de 20 anos, para determinar a prevalência de disfunção sexual entre elas, 26,6% das mulheres apresentaram disfunção sexual de acordo com a definição do DSM IV, e apesar de estarem cientes do impacto negativo destas desordens em suas vidas, somente 17% delas procuraram atendimento. Pode ocorrer algum grau de recuperação espontânea, e entre aquelas que procuram atendimento, geralmente são diagnosticadas e tratadas como portadoras de Doença Inflamatória Pélvica – DIP, não sendo realizada a investigação de outras causas (NORTH; PICKERSGILL, 2005).

Para Pasqualotto et al. (2005) as mulheres podem tolerar um certo nível de disfunção sexual até que a considerem como causa de insatisfação com a atividade sexual. Canavan e Heckman (2000) afirmam que apesar do intercurso doloroso poder desencadear conflito pessoal e ansiedade, somente pequena parcela das mulheres com dispareunia levantam esta questão para seus médicos. Isto demonstra que muitas mulheres convivem com a dor relacionada ao ato sexual como algo natural e, mesmo na presença da dor e com o sofrimento provocado por ela, estas mesmas mulheres não deixam de realizar o ato sexual, às vezes, com o desconhecimento do parceiro sobre o problema.

O estudo de Abdo e Oliveira Júnior (2002), realizado com médicos ginecologistas brasileiros, aponta que a dispareunia, apesar de muitas mulheres não procurarem tratamento diretamente para ela, está entre as principais queixas sexuais trazidas ao consultório, mas apesar disso, 55,6% destes médicos não pesquisam habitualmente em suas pacientes os sintomas relacionados com transtornos sexuais. Neste mesmo estudo, 49% da amostra reconheceu insegurança para tratar de assuntos relacionados a vida sexual de suas pacientes, e quanto mais inseguro o profissional, menor foi a possibilidade de investigação dessas queixas. O estudo aponta a necessidade de maior esclarecimento, tanto do profissional médico quanto de suas pacientes, em relação às disfunções sexuais femininas. O esclarecimento sobre as questões sexuais, entretanto, deve ser ampliado a todos os profissionais de saúde, e não somente a médicos ginecologistas, pois é um assunto que gera constrangimento a diversos profissionais e a falta de conhecimento pode colaborar na manutenção de tabus relacionados à sexualidade.

Considerando que a dispareunia é multifatorial e figura entre as disfunções sexuais e que outros sintomas podem ocorrer concomitantemente, é imperativa a capacitação dos profissionais de saúde para uma abordagem adequada. O diagnóstico diferencial da dispareunia inclui vaginismo, lubrificação inadequada, atrofia vaginal e vulvodinia (vulvulite vulvar), para tanto, além de conhecer a etiologia orgânica, é importante

compreender os fatores psicológicos e/ou as experiências negativas que acabam por perpetuar o ciclo da dor (HEIM, 2001).

Reissing et al. (2004) afirmam que é praticamente impossível realizar o diagnóstico diferencial entre dispareunia e vaginismo. Em um estudo em que se realizou uma investigação empírica acerca do diagnóstico do vaginismo, as mulheres com dispareunia não diferiram das mulheres com vaginismo quando se avaliou a intensidade da dor ou as qualidades cognitivas, sensoriais e afetivas de suas experiências de dor nas respostas ao Questionário de Dor McGill.

De acordo com Heim (2001), mulheres com dispareunia são aquelas que têm menor frequência de relação sexual, menores níveis de interesse e desejo sexual, e chegam menos ao orgasmo quando estimuladas. A dispareunia pode ser sub-relatada durante a anamnese ginecológica, seja pelo fato de a mulher considerar a dor no intercurso sexual como natural, por não se sentir a vontade para abordar esta questão, ou por não se considerar com direito ao prazer sexual.

Segundo Heim (2001), as mulheres com dispareunia relatam mais dor durante o exame vaginal do que a população geral, por este motivo, o exame ginecológico pode contribuir para identificar mulheres que sofrem com dispareunia, mas não conseguem exteriorizar o problema durante a anamnese.

Binik (2005b) afirma que recentes revisões da terapia sexual sugerem que não existe tratamento validado para dispareunia, na presença desta usam-se múltiplas modalidades de tratamento. Paqualotto et al. (2005) sugerem o tratamento psicoterápico como forma de ajuda, a expressão sexual sem penetração, a diminuição do uso de posições dolorosas e em alguns casos o uso de antidepressivos. Entretanto, na prática clínica, na presença da dispareunia, o mais comum tem sido identificar uma causa orgânica, que quando ausente induz a que os profissionais ignorem a dispareunia enquanto problema de saúde.

Para Binik (2005a) dificilmente uma mulher terá uma vida sexual satisfatória enquanto prevê ou experimenta dor no ato sexual, e a qualidade dos tratamentos atuais para estes casos é bastante pobre. Além disso, entre as múltiplas causas da dispareunia estão os fatores sociais, que incluem a falta de autonomia da mulher para desfazer um relacionamento, a dependência financeira em relação ao parceiro e o medo da traição que colabora para que a mulher se submeta à prática sexual sem vontade. Frente a esses fatores sociais dificilmente os profissionais de saúde conseguem intervir com êxito.

Segundo Heim (2001) a discórdia no relacionamento tem sido sugerida como a maior causa de dispareunia, mas não se sabe se o relacionamento do casal sofreu

secundariamente devido à dificuldade no intercuro sexual causado pela dor. O autor aponta que para se identificar a dispareunia deve-se conduzir uma obtenção detalhada da história sexual da mulher, que pode conter descritores da dor, mesmo que este procedimento cause constrangimento à mulher e ao profissional, mas salienta que nem todos os profissionais de saúde estão aptos a tratar deste assunto.

Diante do exposto, observa-se que a prevalência da dispareunia é variada, mas quando as mulheres são questionadas a respeito da presença de dor relacionada ao ato sexual, a prevalência da dispareunia é alta, o que demonstra que muitas mulheres convivem com a dispareunia, o que pode causar padrões distintos de sofrimento pessoal. Além disso, verifica-se que muitos profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com a dispareunia, e nem sempre estão aptos a auxiliar as mulheres que sofrem com este problema. Os estudos também discutem a inexistência de modalidades terapêutica comprovadamente eficazes para a dispareunia, quando aplicadas isoladamente.

Assim, não existem dúvidas de que a dispareunia deve ser compreendida como um problema que afeta a vida das mulheres. Para a sua compreensão é importante considerar como as mulheres que convivem com a dor ao longo de suas vidas entendem a dispareunia. O que significa esta dor para aquelas que convivem com ela? Que fatores desencadearam a dispareunia em suas vidas? Até que ponto o relacionamento com o parceiro sexual pode ser afetado a partir do momento que a mulher evita a prática sexual? É possível obter satisfação sexual na presença da dor?

A compreensão da dispareunia a partir das concepções das mulheres que a vivenciam é escassa, e aliada ao despreparo profissional e a ausência de tratamento específico pode contribuir para aumentar o sofrimento destas mulheres.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo geral compreender, entre mulheres usuárias do serviço de Saúde da Mulher do Centro de Saúde II de Cardoso, município do estado de São Paulo, a concepção que elas têm da dispareunia e as conseqüências dessa ocorrência na sua saúde sexual.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar como a mulher descreve a dor relacionada ao ato sexual;
- Verificar, entre as mulheres, a presença de eventos psicológicos que podem desencadear a dispareunia;
- Compreender como a dispareunia interfere na sua prática sexual;
- Verificar se a presença da dor interferiu no relacionamento com o parceiro e na satisfação sexual.

4. QUADRO TEÓRICO

A sexualidade humana, apesar de ser muito estudada, continua sendo um assunto que gera dúvidas e receios que, na maioria das vezes, é tratado de forma reservada por ser assunto íntimo, privado. Usando as palavras de Louro (2001, p.11) “a sexualidade não é apenas uma questão pessoal, mas é social e política” e é “construída ao longo de toda a vida, de muitos modos, por todos os sujeitos”. Talvez por isso é tão difícil compreendê-la e descrevê-la, pois é abordada de forma distinta em cada período da história.

Loyola (1999, p.36) amplia ainda mais esta questão ao afirmar que “a sexualidade não é fixa” e que “seus significados e conteúdos podem variar – não somente ao longo da história, de uma sociedade para outra e entre os diferentes grupos sociais em uma mesma sociedade, mas também ao longo da vida dos indivíduos”.

As relações sociais acabam por definir as identidades sexuais, e por isso, “o ato sexual não se restringe à dimensão reprodutiva, tampouco à psíquica, estando impregnado de convenções culturais acerca do que consistem a excitação e a satisfação eróticas, construtos simbólicos que modelam as próprias sensações físicas”. (HEILBORN, 1999, p.10). As identidades sociais são constituídas a partir das diferentes situações vividas por cada sujeito, o qual possui múltiplas identidades (LOURO, 2001).

As experiências de gênero e de sexualidade adquiriram nas modernas sociedades ocidentais uma posição de centralidade na constituição das identidades (HEILBORN, 1999; LOURO, 2001). Louro (2001) afirma que a identidade está presa ao nosso corpo e este apresenta significados determinados pela cultura, assim, constantemente é alterado. Desta forma, a sexualidade, que é inerente ao ser humano, passa a ser moldada pela sociedade, que define o que é natural ou antinatural, delineando a partir daí as condutas e as tomadas de decisão do indivíduo.

As muitas formas de fazer-se mulher ou homem, as várias possibilidades de viver prazeres e desejos corporais são sempre sugeridas, anunciadas, promovidas socialmente (e hoje possivelmente de formas mais explícitas do que antes). Elas são também, renovadamente, reguladas, condenadas ou negadas. (LOURO, 2001, p.9).

Muito tem sido discutido nas últimas décadas sobre as marcas deixadas pelo período repressivo vivenciado pelas sociedades ocidentais, mais especificamente no século XIX a partir da ascensão da burguesia. Mas as raízes dos pré-conceitos vivenciados pelas mulheres atualmente encontram-se em vários pontos da história. “Há muito tempo a ‘virtude’ tem sido definida em termos da recusa de uma mulher em sucumbir à tentação sexual, recusa

esta amparada por várias proteções institucionais, como o namoro com acompanhante, casamentos forçados e assim por diante.” (GIDDENS, 1993, p. 16).

Na Antiguidade, o casamento era um dever e as relações sexuais eram limitadas, mas nos primeiros séculos depois de Cristo ocorreu uma valorização das relações interpessoais dentro do casamento, do vínculo e do respeito entre o casal, e os problemas relacionados à sexualidade, apesar de forma discreta, ocuparam um lugar importante. A procriação estava ligada ao amor e ao bom entendimento do casal (FOUCAULT, 1985).

A partir da Idade Média a pastoral cristã começou a regular o desejo e o ato sexual, e as relações sexuais passaram a ter um fim apenas procriador, desta forma a igreja se opõe à contracepção, visando uma “descendência legítima” (FOUCAULT, 1985), “o bom marido deveria demonstrar atenção, mas também comedimento, ao que a esposa responderia com pudor e delicadeza.” (FOUCAULT, 1985, p. 174-5).

O prazer deveria ser economizado, “não se deve tratar a esposa como amante”, o risco que se corria de instruir a mulher em relação ao prazer era a infidelidade. A procriação era uma das finalidades do casamento, além da “ordenação de uma vida comum e inteiramente compartilhada” (FOUCAULT, 1985, p. 181). Apesar desta economia, pouco se falava sobre como este prazer deveria ser economizado, assim, a vontade em obter prazer gerava desconfiança.

Até o século XVIII acreditava-se existir um único sexo, o corpo feminino era um homem imperfeito, inacabado, uma “versão inferior”, mas era importante, pois pensavam ser o “orgasmo feminino e o prazer” “necessários para a fecundação bem sucedida” (WEEKS, 2001, p. 57).

A partir do advento da burguesia, a sexualidade feminina passou a ser extremamente regulada, com o intuito de assegurar a “pureza”, defendia-se então a “falta de sensação sexual” (GIDDENS, 1993; WEEKS, 2001). Na Inglaterra do século XIX, a rainha Vitória defendia a moralidade da corte e a harmonia do lar, e isto estava associado a forte presença da religião. O período vitoriano foi marcado por muitas proibições em relação à vivência dos prazeres, “a sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada” (FOUCAULT, 1988, p. 9). Para Bozon (2004a), nesse período o prazer feminino perde sua antiga função de colaborador na reprodução para o sucesso da fecundação.

A busca pelo prazer tornou-se desnecessária e até mesmo patológica, pois eram considerados naturais à mulher o pudor, a continência sexual, e a ausência de desejo (BOZON, 2004a). Se o ato sexual tinha a reprodução como finalidade, qualquer prática que

não ocorresse com esta intenção não poderia ser aceita como normal/natural (Ex: erotismo, homossexualismo, práticas distintas do coito vaginal).

Araújo (2002, p. 45) afirma que no Brasil colonial existia uma preocupação excessiva em conter o desejo sexual feminino, pois a sexualidade das mulheres representava uma ameaça ao “equilíbrio doméstico” do modelo de família tradicional trazido pelos europeus, “à segurança do grupo social e à própria ordem das instituições civis e eclesiásticas”. Para isso utilizavam alternativas como as leis ditadas pelo Estado e pela Igreja, a vigilância contínua dos homens da família, e a imposição “informal” dos costumes misóginos e a única explicação para todo esse controle, era a superioridade masculina.

Entendendo ser o homem um ser superior, que exercia autoridade sobre a mulher, à sexualidade feminina só restava ser reprimida e adestrada pela Igreja. Nem entre o casal eram permitidos excessos, o erotismo era condenado (ARAÚJO, 2002).

A sexualidade feminina na época colonial manifestava-se sob vários aspectos, sempre esgueirando-se pelo desvão de uma sociedade misógina e suportando a culpa do pecado a ela atribuído pela Igreja. A mulher podia ser mãe, irmã, filha, religiosa, mas de modo algum amante. (ARAÚJO, 2002, p. 73).

O macho no lar era a representação de Cristo, e a mulher deveria pagar pelo erro cometido por Eva e para a sua salvação restavam a maternidade e a santidade, por isso deveria manter-se casta e pura, realizando o ato sexual com finalidade apenas de procriação. Com a maternidade, a mulher “se afastava de Eva e aproximava-se de Maria”. Nesta concepção, a mulher “carregava o peso do pecado original”, desta forma estava sempre pronta para cair em tentação, então, sua sexualidade era sempre vigiada (ARAÚJO, 2002).

A educação da mulher era voltada para os “afazeres domésticos”, e baseava-se apenas em aprender a conduzir o seu futuro lar. O casamento era escolhido pelo pai e a Igreja controlava todas as suas ações com o ato confessional. Este controle incluía também a vida sexual do casal, na qual não deveriam ocorrer excessos, o prazer não era finalidade do ato sexual (ARAÚJO, 2002). Este fato contribuía para a formação de casamentos arranjados por meio de combinações familiares, e também para o aumento da prostituição, por ser a única forma de se obter prazer sexual. “Moderação, freio dos sentidos, controle da carne, era o que se esperava de ambos, pois o ato sexual não se destinava ao prazer, mas à procriação de filhos.” (ARAÚJO, 2002, p. 52).

“(…) uma vez na cama, os teólogos e moralistas condenavam o coito com o homem em pé, sentado ou por baixo da mulher, casos em que o esperma procriador poderia desperdiçar-se ao não entrar no lugar certo.” (ARAÚJO, 2002, p. 52).

É evidente que apesar de tantas regras e tentativas de controle, existiam mulheres que não se adequavam a este adestramento, transgredindo de certa forma, estas normas. A grande maioria, entretanto, não via alternativa além de seguir o que lhes era determinado. Com certeza toda esta situação gerou sofrimento e dor a estas mulheres, que viveram tentando controlar seus impulsos e seus desejos, e ao longo da história todo esse controle perpetuou, de certa forma, por meio dos ensinamentos familiares, a idéia da sexualidade feminina como algo inferior, proibido de se falar sobre.

Até o século XIX, tudo que se relacionava ao corpo e a sexualidade eram interesses apenas da religião e da filosofia, a partir daí tornaram-se uma preocupação “generalizada”, sendo controlado e modelado por relações de poder (LOURO, 2001). As questões sexuais passaram a ser o centro de preocupação, sendo os padrões de sexualidade feminina “produto do poder dos homens para definir o que é necessário e desejável” (WEEKS, 2001, p. 55).

A busca pela cidadania no Ocidente, a partir da Revolução Francesa, favoreceu apenas os homens; as mulheres continuaram reivindicando a igualdade, mas sem considerar as questões de gênero e sexualidade. A posição de submissão da mulher em relação ao homem passa a modificar no século XX a partir da Revolução Feminista nos anos 60 e 70. As concepções de gênero e sexualidade seriam incorporadas na luta feminista, que visava “romper com a pretensa naturalidade da opressão feminina” e buscava “uma concepção renovada de cidadania” (ÁVILA, 1999, p. 73).

Com o movimento feminista, na década de 60, e o desenvolvimento dos métodos contraceptivos, o ato sexual deixou de ser apenas um meio para reprodução, a sexualidade atingiu um espaço central nos valores da sociedade, mas a mulher ainda não vivenciava seu prazer sem culpa (HEILBORN, 1999).

Aliado a isso, o desenvolvimento dos métodos contraceptivos permitiu às mulheres utilizarem sua sexualidade para além da questão reprodutiva, conquistando, assim, o controle no número de filhos e a possibilidade de retardar a maternidade, a ascensão pessoal, social e profissional, o que intensificou as discussões em relação à sexualidade e a influência cultural.

Esta luta no Brasil ocorreu, principalmente, na década de 80 com a chegada das mulheres que haviam sido exiladas na ditadura. Ela iniciou-se, principalmente, com a defesa

do aborto e o acesso ao planejamento familiar, ficando as questões relacionadas à saúde sexual de mulheres, como o direito ao prazer e liberdade para expressão sexual e orientação, ainda adormecidas.

A conquista de viver sua sexualidade não ocorreu para todas as mulheres. Muitas ainda carregam o fantasma da repressão, do prazer sexual como “pecado”, sofrem grande influência da Igreja Católica, a qual mantém como princípio a relação sexual com finalidade exclusiva de procriação, “ditando regras de um mundo abstrato” (ÁVILA, 1999, p. 93), dificultando assim a elaboração de políticas sociais e legislações em relação à saúde sexual e reprodutiva de mulheres.

O fato das mulheres terem sido submetidas, ao longo dos anos, a uma educação repressora, dificulta a vivência do prazer sexual, o que para Abdo e Oliveira Júnior (2002) tem mantido eventos psicológicos negativos relacionados ao ato sexual, como a culpa, o medo, a vergonha, e a timidez, o que também contribui para o desenvolvimento e manutenção da dispareunia.

A atividade sexual tem como objetivo, além da procriação, a obtenção de prazer, mas gostar do ato sexual e/ou sentir prazer ainda não são considerados, para muitos, algo natural às mulheres. Apesar da alta prevalência, os problemas sexuais femininos recebem menor atenção que os masculinos, e são pouco detectados, pois muitas vezes tanto o profissional de saúde quanto a mulher não se sente à vontade para abordar o assunto (ABDO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2002; ROSEN et al., 2000).

É de se esperar, portanto, que os efeitos de liberação a respeito desse poder repressivo demorem a se manifestar; o fato de falar-se de sexo livremente e aceitá-lo em sua realidade é tão estranho à linguagem direta de toda uma história, hoje milenar e, além disso, é tão hostil aos mecanismos intrínsecos do poder, que isto não pode senão marcar passo por muito tempo antes de realizar a contento a sua tarefa. (FOUCAULT, 1988, p. 15).

Todas essas questões apontadas são compreensíveis, uma vez que somente a partir de 1993 é que aspectos relacionados à sexualidade começaram a aparecer no discurso internacional sobre Direitos Humanos. A saúde sexual começou a receber atenção após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994, quando se recomenda que esta tenha como objetivo a melhoria da vida e das relações pessoais, mas não cita o prazer como parte da saúde sexual. Em 1995, na Conferência da Mulher realizada em Beijing, a saúde sexual aparece como um direito sexual da mulher, e

“pela primeira vez as mulheres são reconhecidas como seres sexuais além de reprodutivos” (PETCHESKY, 1999, p. 21).

Galvão (1999, p. 174), discutindo conceitos relacionados à mulher e sexualidade, traz dois conceitos de saúde sexual:

A saúde sexual é parte da Saúde Reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e eqüitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade. (Family Care Internacional, 1999, grifo nosso)

A Saúde Sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, coerção, violência ou discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações. (HERA, 1999, grifo nosso)

Desde então, tem havido modificações nos conceitos e incorporação dos mesmos pelas mulheres com a “re-elaboração de antigos valores morais e sexuais” na tentativa de reverter a situação de repressão imposta nos últimos séculos, fazendo com que elas possam buscar o prazer sexual. Mas neste momento de mudanças, “valores antigos entram em conflito como novos”, as mulheres não sabem exatamente qual posição a ser adotada: contenção ou liberação? (BRUNS; ALMEIDA, 2004, p. 16). Encontrar o “meio termo” torna-se confuso.

Culturalmente o homem tem sido considerado um ser “sexualmente ativo”, “permanentemente desejoso de sexo” enquanto a mulher precisa estabelecer vínculos amorosos para desenvolver um envolvimento (HEILBORN, 1999), “homens e mulheres possuem registros específicos acerca de sexo e do amor” (BRUNS; ALMEIDA, 2004, p. 17).

Nessa revolução de valores, a mulher busca uma mudança na sua posição de subalternidade nas relações de poder diferente do que foi observado até então, a mãe, “rainha do lar”, casta, pura, que acreditava ser o prazer um grande pecado, dá lugar à figura da “super mulher” – profissional exemplar, que compete com os homens no mercado de trabalho, mãe somente nas horas vagas, dona de uma liberdade sexual em busca da satisfação e obtenção de “orgasmos múltiplos”.

A liberdade sexual conquistada a partir de muita luta, principalmente a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos e melhoria do acesso aos mesmos, muito

contribuiu para a saúde sexual das mulheres, mas “ainda persiste certo conservadorismo”, “que acaba por manter vivos mitos e tabus os quais, materializados em práticas morais, interferem na expressão da sexualidade de homens e mulheres” (BRUNS; ALMEIDA, 2004, p. 35).

“Assim, a bagagem cultural que recebemos, desde a tenra idade, acerca do modo de expressarmos a nossa sexualidade está introjetada em nós e se faz presente nos relacionamentos afetivos e sexuais.” (BRUNS; ALMEIDA, 2004, p. 35). Todas as formas de “fazer-se mulher ou homem”, e de desfrutar o prazer sexual são construídas através da história, e são “promovidas socialmente”, portanto a sexualidade é uma “construção social” (LOURO, 2001).

“A sexualidade se constitui, historicamente, a partir de múltiplos discursos sobre o sexo: discursos que regulam, que normatizam, que instauram saberes, que produzem ‘verdades’.” (LOURO, 2001, p. 11). Weeks (2001), citando Foucault, refere que este não aceita a “hipótese repressiva”, mas defende que os “argumentos essencialistas” ignoram o fato de que a sexualidade é um “aparato histórico”.

A praticidade na pós-modernidade e a rapidez dos acontecimentos afastaram a afetividade e o romantismo, tornando o ato sexual banalizado. As mulheres criam uma expectativa em relação a obter prazer, e não somente contribuir para obtenção do prazer dos seus parceiros (GIDDENS, 1993). Estas questões fazem com que a atividade sexual se inicie cada vez mais cedo, com pouco ou nenhum vínculo e sem orientação específica (BRUNS; ALMEIDA, 2004). Isto leva a experiências desagradáveis, gravidez indesejada, e outros problemas que podem interferir na saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

As experiências negativas relacionadas à sexualidade, como educação repressora, problemas de relacionamento, ato sexual sem vontade ou prazer, e/ou experiência de violência doméstica/sexual, contribuem para o aparecimento da dispareunia. A partir daí, o medo de sentir dor faz com que esta permaneça, e esse receio poderia contribuir para o ressecamento vaginal e o aumento da tonicidade da musculatura do assoalho pélvico (BRAUER; LAAN; TER KUILE, 2006).

O prazer sexual e uma vida sexual agradável e satisfatória ainda estão distantes da realidade de muitas mulheres, as disfunções sexuais femininas são freqüentes, e na maioria das vezes, não estão relacionadas a um fator físico. Laumann (1999) no “Health and Social Life Survey” demonstrou a ampla prevalência de queixas sexuais entre mulheres, quando um terço das mulheres do estudo relatou falta de interesse sexual, e quase um quarto das mulheres

não experimentavam orgasmo, menos de 20% tinham dificuldades de lubrificação e mais de 20% achavam a prática sexual desagradável.

As conquistas sexuais das mulheres, a evolução da sociedade e a liberação sexual não foram suficientes para modificar o comportamento das mulheres em relação à prática sexual, pois muitas delas ainda trazem a repressão na educação sexual. Realizar o ato como obrigação dentro de um relacionamento causa sofrimento e angústia em muitas mulheres, e conseqüentemente contribuem para o desenvolvimento da dor relacionada ao ato sexual, e vivenciar o prazer de forma integral e compartilhada com o parceiro pode tornar-se algo distante para mulheres que carregam na formação de sua identidade sexual resquícios de repressão, em que não se deve “dar prazer como fim para um ato que a natureza dispôs para a procriação.” (FOUCAULT, 1985, p. 179).

Nos dias atuais muitas famílias ainda transmitem ensinamentos repressores na educação das meninas, que aprendem a ser comedidas, o que se traduz no fato de muitas mulheres relatarem uma tensão excessiva, principalmente nas primeiras experiências sexuais, que pode permanecer por toda vida, e desencadear a dor relacionada ao ato sexual.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (1994, p. 21-22) trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O estudo qualitativo considera que a avaliação de um pequeno grupo pode ser representativa de um grupo maior com as mesmas características culturais, pois todos são produtos de condições idênticas, oferece a oportunidade de obter respostas sobre o que as pessoas pensam e sentem, com vistas à compreensão de seu comportamento, entendendo o problema e as condições que o geraram, visando proporcionar meios de resolvê-lo. Este tipo de estudo possibilita ao pesquisador “a possibilidade de captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas” (MERIGHI; PRAÇA, 2003, p. 1).

Dentro da abordagem qualitativa, esta investigação trata-se de um estudo descritivo, que visa compreender como a dispareunia interfere na sexualidade das mulheres. Para tanto, foi utilizada a Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (1977)

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

Neste estudo, a técnica utilizada foi a Análise Temática descrita por Minayo (1994), a qual apresenta as seguintes etapas – pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material (codificação), tratamento dos resultados obtidos e interpretação (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999).

5.2 Campo de Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Cardoso, situado a noroeste do estado de São Paulo, na região de governo de Votuporanga, e região administrativa de São José do

Rio Preto. Sua população é de 11324 habitantes (IBGE, 2007), com taxa de urbanização de 91,42%, e taxa de crescimento anual de 0,07% a.a. (SEADE, 2007).

Em relação à população maior de 10 anos de idade, 50,48% são do sexo feminino, 13,6% não têm instrução ou apresentam menos de um ano de estudo, e 25,76% apresentam rendimento nominal mensal de até um salário mínimo (IBGE, 2000).

No Índice Paulista de Responsabilidade Social encontra-se no grupo de municípios mais desfavorecidos, tanto em riqueza como nos índices sociais (SEADE, 2004), tendo apresentado um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,756, ficando na 497ª posição entre os 645 municípios do estado de São Paulo (SEADE, 2000).

O município de Cardoso encontra-se na gestão plena da atenção básica ampliada (GPABA), com a responsabilidade pela Atenção Básica. Para a atenção à saúde da população, conta com um Centro de Saúde, dois Postos de Atendimento à Saúde (PAS) que se encontram nos distritos de Vila Alves e São João do Marinheiro, uma Santa Casa de Misericórdia que apresenta, como anexo, um Instituto Oftalmológico e Pronto Socorro.

O estudo ocorreu no Centro de Saúde, onde as atividades de atenção primária à saúde são realizadas de segunda a sexta, das 7 às 17 horas, tendo sido desenvolvido, mais especificadamente, no serviço de Saúde da Mulher que conta com consulta médica por ginecologista, além de atividades relacionadas ao pré-natal, planejamento familiar e coleta de colpocitologia oncótica realizada por médicos, enfermeiros e auxiliar de enfermagem sob supervisão.

5.3 Sujeitos da Pesquisa

Foram sujeitos da pesquisa as mulheres atendidas no serviço de Saúde da Mulher do Centro de Saúde II de Cardoso, inseridas no programa de prevenção do câncer de colo uterino, a partir da busca espontânea para agendamento.

A inclusão das mulheres no estudo ocorreu por ocasião da consulta de enfermagem para a coleta de colpocitologia oncótica, entre as mulheres que relataram dor genital antes, durante ou após o intercurso sexual, no período de setembro de 2006 a abril de 2007.

Por todas as dificuldades apresentadas anteriormente para a classificação da dispareunia, optou-se pela identificação das mulheres que referiam dor associada ao ato sexual, por ser a proposta de definição mais recente de dispareunia (BASSON et al., 2004; BRAUER; LAAN; TER KUILE, 2006), sem buscar, neste primeiro momento, outros sinais ou sintomas que poderiam estar relacionados a esta dor. Foram incluídas mulheres sexualmente ativas com ou sem parceiro fixo no momento da coleta e com idade igual ou superior a 18 anos. Este limite de idade foi estabelecido em função da necessidade do consentimento informado para a participação no estudo, fato que poderia levar mulheres com idade inferior a se sentirem constrangidas ou impossibilitadas de participar, pois muitas adolescentes têm uma vida sexual ativa e os pais desconhecem e estes deveriam consentir acerca desta participação.

O exame de Papanicolaou no município de Cardoso era agendado a partir da demanda espontânea seguindo vagas estabelecidas pelos profissionais – ginecologista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. As mulheres que procuravam o serviço para realizar a citologia oncológica eram informadas sobre as vagas existentes e escolhiam com qual profissional queriam realizar o exame. Quando a citologia era colhida pelo enfermeiro, dependendo das queixas, sinais e sintomas, o paciente tinha prioridade para atendimento com ginecologista, o que acontecia em menos de uma semana.

Foram realizadas entrevistas com dezessete mulheres, sendo que uma entrevista se perdeu no processo de gravação, sendo analisados, portanto, dezesseis discursos. Os dados foram coletados até o momento em que o pesquisador percebeu a saturação dos mesmos, levando-se em consideração que os procedimentos metodológicos adotados da pesquisa qualitativa consideram que a partir da saturação dos dados não há necessidade de continuar a coleta, ou seja, pode-se interromper a coleta de dados a partir do momento em que os discursos começarem a se repetir sem que traga dados novos relevantes (MINAYO, 1998).

Ressalta-se ainda que o projeto foi submetido à apreciação do Diretor de Divisão Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária de Cardoso, que autorizou a coleta de dados e se mostrou de acordo com os procedimentos necessários para realização do trabalho. Em seguida foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, de acordo com as instruções do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tendo sido aprovado em 04 de outubro de 2006 (Protocolo nº 0714/2006).

Às mulheres que aceitaram fazer parte do estudo foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido, após a leitura e assinatura do mesmo procedeu-se à coleta de dados.

5.4 Coleta de Dados

As mulheres que compareceram para coleta da colpocitologia oncótica com profissional enfermeiro, no caso, o pesquisador, foram questionadas se apresentavam dor antes, durante e/ou depois do ato sexual. Este questionamento foi realizado após o pesquisador oferecer à mulher um atendimento humanizado que facilitasse o diálogo para que esta se sentisse mais confortável para se abrir e conversar a respeito de sua vida sexual. Este ambiente humanizado foi possível utilizando estratégias como menor tempo de espera possível, acolhimento prévio realizado por auxiliar de enfermagem, exames realizados sem possibilidade de interrupção, consultório confortável, escuta e resposta às questões e dúvidas relacionadas ao exame ao qual as mulheres seriam submetidas.

As mulheres que afirmaram experimentar a sensação de dor relacionada ao ato sexual foram convidadas a participar do estudo, sendo que nenhuma delas recusou o convite.

A partir daí foi lido para a mulher o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada sua autorização para realizar a gravação, nenhuma mulher se mostrou contrária a este procedimento.

Foi aplicado o Questionário para Dor McGill, que avalia aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos da dor, e não somente sua intensidade, “é considerado instrumento universal, capaz de padronizar a linguagem da dor” (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996, p. 478).

O Questionário McGill é utilizado para mensurar a dor através da descrição verbal feita pelo indivíduo por ela acometido, com uma avaliação tanto física quanto psicológica, fornece medidas quantitativas e qualitativas. Constitui-se de um instrumento com quatro partes, nas quais são avaliados a localização, início, tratamento, padrão temporal, descrição e intensidade da dor (PITANGUI, 2007; SOUZA, 2007).

O questionário foi utilizado com a intenção de avaliar a qualidade da dor apresentada pelas mulheres entrevistadas, e se a dor referida poderia ser agrupada por semelhança com a dor referida por outra mulher. Além disso, a escolha das palavras no questionário da dor também foi utilizada para confrontar com o que foi dito no discurso da mulher em relação a dispareunia. Para tanto, utilizou-se apenas a terceira parte do questionário, trabalhando com a lembrança da dor, na qual a entrevistada pôde escolher as palavras que estavam relacionadas com a qualidade da dor que sentia na relação sexual. Dos 16 questionários respondidos, um (E3) não foi utilizado na análise por ter sido aplicado de forma errônea, portanto, foi realizada a análise de 15 questionários.

A tradução utilizada foi a proposta por Pimenta e Teixeira (1996, p. 478), e de acordo com os autores, este é considerado o melhor instrumento para avaliar a dor “a partir de descrições verbais”. O instrumento conta com 20 grupos de palavras, totalizando 78 descritores, pertencentes aos componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor. O entrevistado é convidado a escolher apenas uma palavra, ou nenhuma, de cada subgrupo, que melhor caracterize sua dor.

O próximo procedimento utilizado foi a estratégia da entrevista semi-dirigida com questões que abordaram informações referentes à atividade sexual da mulher. Todo este processo de coleta de exame e entrevista teve uma duração de cerca de uma hora com cada mulher.

As entrevistas foram gravadas e transcritas em um protocolo que se utiliza da fala dos entrevistados (*ipsis literis*). Com esta técnica foi possível obter informações dos atores sociais por meio de suas falas, o que pôde revelar condições de vida, valores, normas e símbolos, e também transmitir representações de determinados grupos. Segundo Minayo (1998), a entrevista oferece informações em relação a “falas, idéias, crenças, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento.”

5.5 Descrição da Amostra

A amostra de estudo foi composta por dezesseis mulheres com idade entre dezoito e cinquenta e nove anos de idade, procedentes do município de Cardoso/SP, com exceção de duas mulheres procedentes de Santa Fé do Sul/SP e Sertãozinho/SP.

Todas as entrevistadas tinham parceiro sexual fixo, sendo que entre elas, dez eram casadas e três amasiadas, as duas solteiras e uma separada referiram possuir um namorado.

As mulheres professavam diferentes religiões, como Católica, Evangélica, Candomblé, Espírita e Testemunha de Jeová, e quatro delas referiram não seguirem nenhuma religião.

A escolaridade das mulheres entrevistadas variou entre conclusão do primeiro ciclo do Ensino Fundamental ao Ensino Superior incompleto. A renda familiar apresentou

uma variação de meio salário mínimo a cinco salários, sendo que duas mulheres não souberam fornecer tal informação.

Apesar da variedade destas mulheres em função da idade, religião, estado civil, e escolaridade, estas variáveis não apresentaram uma interferência significativa em seus discursos.

5.6 Análise dos Dados

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas em um protocolo, e as informações analisadas tiveram como referência a maneira como mulher vivencia a sua sexualidade por meio da prática sexual e relacionamento com parceiro, com vistas a compreender o foco em estudo, ou seja, como a dor relacionada ao ato sexual interfere na saúde sexual das mulheres.

Após a leitura sistematizada das entrevistas para a realização da pré-análise, as falas foram recortadas e distribuídas em categorias por semelhança de idéias. As categorias foram posteriormente denominadas como:

1. Dispareunia – um problema para a mulher
 - 1.1 Descrevendo o significado da dor
 - 1.2 Dor relatada X Dor mensurada

2. A dispareunia e o desenvolvimento da sexualidade
 - 2.1 A dispareunia e a saúde sexual comprometida
 - 2.2 A dispareunia e a prática sexual
 - 2.3 A dispareunia e a satisfação sexual

3. A dispareunia e a sexualidade: compreendendo os fatores psico-sócio-culturais
 - 3.1 Educação Sexual
 - 3.2 Relacionamento com o parceiro

4. Busca por ajuda

A partir desta categorização e tratamento dos dados obtidos, procedeu-se à interpretação e discussão dos resultados.

6. RESULTADOS

6.1 Dispareunia – um problema para a mulher

Em vários períodos da história humana percebe-se que a sexualidade feminina tem sido inferiorizada em detrimento da masculina, o que aparece desenhado de várias formas. Talvez por isso a dispareunia seja mais comum entre mulheres e tenha uma etiologia tão complexa e ao mesmo tempo, pouco compreendida e estudada.

As conquistas obtidas a partir da revolução feminista, na década de 70, que incluíam direito ao prazer sexual são inegavelmente importantes, entretanto, como todo processo histórico, não alcançaram da mesma forma todas as mulheres. Estas ainda estão aprendendo, a partir destas conquistas, a desenvolver sua prática sexual em um contexto que se altera dependendo do relacionamento com o parceiro, da formação que receberam em relação a sexualidade, da sociedade em que estão inseridas e de fatores internos que cada um possui e que faz com que cada ser humano seja único.

Segundo Abdo e Fleury (2006), as diferenças das respostas aos estímulos sexuais entre homens e mulheres estão relacionadas a fatores biopsicossociais, entre eles os hormônios sexuais, a educação recebida e o ambiente em que se vive. Para Walton e Thorton (2003) a experiência sexual das mulheres se inicia a partir do compartilhamento da intimidade e do desejo, desta forma, o interesse sexual surge quando a mulher é despertada emocionalmente.

A dispareunia pode ser tanto um problema que interfere na prática sexual quanto uma conseqüência de outros problemas. Brauer, Laan e Ter Kuile (2006) relatam que a diminuição do desejo sexual em mulheres com dispareunia pode ser tanto a causa quanto o resultado da antecipação da dor. Assim, para sua compreensão buscou-se analisar como as mulheres dão significado à dor no ato sexual.

6.1.1 Descrevendo o significado da dor

A dor genital relacionada ao ato sexual, que pode interferir em qualquer uma das etapas do modelo tradicional de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução)

manifesta-se de forma persistente ou recorrente (ABDO; FLEURY, 2006). Segundo Canavan e Heckman (2000) ocorre mais frequentemente com a penetração (durante ou depois), pode ser superficial ou profunda, situacional ou generalizada, primária (psicossocial) ou secundária (orgânica).

Segundo North e Pickersgill (2005), a dor pode surgir em diferentes localizações anatômicas e apresentar diversas etiologias. A presença da dispareunia diminui a motivação da mulher para a prática sexual, pois para elas o ato sexual deve ser uma experiência agradável, com um longo período de estimulação antes da penetração. Neste sentido, Basson (2000a) sugere um modelo alternativo ao modelo tradicional de resposta sexual para mulheres, principalmente para relacionamentos duradouros, que valoriza outros fatores além da fisiologia, como a intimidade, a confiança, o respeito e o afeto (ABDO; FLEURY, 2006). O modelo alternativo de resposta sexual enfatiza a importância da participação do parceiro para melhorar a satisfação emocional da mulher, que sofre interferência direta de experiências anteriores, o que predispõe a uma melhor resposta aos estímulos sexuais.

Binik et al. (2002) relatam que a dor experimentada no ato sexual é variada, depende da localização e da forma que se manifesta, e que os profissionais de saúde geralmente pesquisam primeiro os fatores orgânicos, e na ausência destes, atribuem a etiologia da dispareunia como psicossocial, para a qual as propostas de acompanhamento e tratamento, como a psicoterapia e a terapia de casal, ainda são indisponíveis para a maioria das mulheres. Aquelas que se enquadram como portadoras de dispareunia primária são condenadas a conviver eternamente com a dor, pois as possibilidades de tratamento propostas, como uso de lubrificantes ou estimulação sem penetração, podem não contar com a aceitação do parceiro, ou inibir ainda mais a mulher.

A história da dispareunia relatada pelas mulheres entrevistadas mostra que a dor é única para cada uma delas, mesmo que apresente semelhanças com outras descrições, levando-as a um comportamento de aceitação apesar de gerar sofrimento.

No discurso das mulheres, o desconhecimento da etiologia da dor faz com que algumas delas a associe a problemas físicos que apresentam no momento. Elas buscam a causa da dor e relacionam-na a condições clínicas apresentadas ou a fatores associados à cessação da menstruação.

E7: Eu acho que foi depois que... que parô a minha menstruação. (...) antes eu num lembro, mas agora eu lembro que sempre...passa uns dias, passa outros, é....

E2: Agora num sei se é por causa dos miominha que tem, né... (...) Um ano e meio... foi a última vez que fez (ultra-som)... por isso que eu acho que a dorzinha que eu tenho assim, do lado direito, pode sê do mioma, porque praticamente foi na mesma época...

E11: É, como eu tenho feito tantos exames assim, eu tô com problema, né... não sei se você já viu os meus exames... (...) Eu tenho células cancerígenas, né... então, deve sê isso, qualquer coisa assim...

Estas mulheres, ao desconhecerem a etiologia da dor que apresentam, independentemente do tempo decorrido, associam a dispareunia ao climatério, à presença de um mioma uterino ou a alterações celulares encontradas na citologia oncótica de colo uterino. Todas estas causas apresentadas são orgânicas e foram identificadas em consultas ginecológicas de rotina ou porque apresentavam algum sinal ou sintoma. A dor passa a ser interpretada e reconhecida como decorrente dessa condição, visto que essa queixa específica nem sempre é declarada ao profissional de saúde. Mesmo quando são questionadas em relação à dispareunia por profissionais, as mulheres assumem-na, apenas, quando se sentem acolhidas e seguras no momento, o que depende diretamente do vínculo que é estabelecido entre elas e o profissional de saúde.

De acordo com Wurn et al. (2004) existem poucos estudos relacionados à descrição de problemas sexuais femininos, e na maioria deles as informações geralmente são limitadas. Heim (2001) chama a atenção para a necessidade de abordar a etiologia orgânica associada com a etiologia psicossocial, que se apresenta de forma mais complexa por ser de difícil identificação, visto que não aparece em exames para diagnóstico clínico e depende da forma como a mulher é abordada e se sente confortável para relatá-la.

No discurso das mulheres, embora a possível causa orgânica da dor tenha sido incorporada ao seu repertório interpretativo, em nenhum momento elas apontam uma possível etiologia psicossocial. Associar a dispareunia a um evento orgânico ao qual a mulher está vivenciando no momento não exclui a possibilidade da dor existir antes da presença deste evento. A co-existência de mais de uma etiologia é comum em mulheres com dispareunia, portanto, abordar diferentes etiologias de forma separada, ou deixar de abordar alguma delas, pode dificultar a resolução do problema.

Quando a própria mulher interpreta a dor associada a uma causa orgânica identificada durante exames de rotina, ela espera que esta desapareça com a resolução do problema, o que nem sempre acontece se o ciclo da dor estiver perpetuado. Caso a mulher compreenda a dor como fisiológica, resultado das modificações corporais ocorridas, ela pode

acreditar que é normal sentir dor após a menopausa. Em todos estes casos a saúde sexual da mulher fica prejudicada, pois ela realiza o ato sexual na presença da dor, muitas vezes sem que seu parceiro tenha conhecimento desse sintoma ou apenas para satisfazê-lo. Essa condição é contrária às concepções atuais do direito sexual e pode perpetuar sua condição de submissão.

Pasqualotto et al. (2005) referem que a associação da diminuição da função sexual com a menopausa ainda é controversa, e além de causas orgânicas como a diminuição da testosterona, nesta fase também estão presentes fatores psicossociais relacionados com a alteração da imagem corporal, problemas de saúde comuns com o avançar da idade e uso de algumas medicações que podem causar diminuição do desejo e também, dor. De acordo com Hayes et al. (2007) o sofrimento com a redução do desejo diminui com a idade, embora a proporção de mulheres que apresentam este sintoma aumente com a idade.

De acordo com Meana et al. (1997b), as desordens uterinas, incluindo leiomioma uterino e infecções ginecológicas podem ser causas de dispareunia. Em seu estudo as mulheres com dispareunia foram as que mais apresentaram patologias clínicas ao exame ginecológico, entretanto sintomas psicológicos também estiveram muito presentes, além de serem as mulheres que apresentaram mais atitudes negativas em relação à sexualidade e menores níveis de ajuste conjugal, comparadas com um grupo controle.

Esses resultados apontam para a necessidade de se identificarem as causas orgânicas da dor, mas acompanhar e tratar somente esta causa isolada, não investigando outras possíveis causas psicossociais, pode não contribuir para o desaparecimento da dor, como se verifica na fala das mulheres. Abordar com a mulher que apresenta dispareunia, somente possíveis causas orgânicas, e não investigar o componente psicossocial, pode desencadear a sensação de que não há solução para o problema, o que faz com que ela aceite conviver com a dor e a realizar o ato sexual às custas de muito sofrimento acrescido do medo de perder o parceiro, ou de sofrer uma traição.

Algumas das mulheres entrevistadas descreveram a dor de forma inespecífica e sem a localização exata, o que dificulta sua identificação e exige do profissional uma investigação mais apurada.

E7: (...) Ah... igual eu te falei, assim... é... você tá cum machucado, num sei, assim... aí alguém empurrasse um... alguma coisa naquele machucado. (...) Qualquer machucado que seja, que se... tá dolorido ali, cê num pode sentir aquela dor ali, e tem alguém te cutucando naquele machucado...

E8: Sabe quando... a senho... você é virgem? É a primeira vez que você... você vai perdê a sua virgindade... é assim... dá impressão que eu sou virgem ainda... né... e que vai rompe naquele momento...

E15: Acontece na vida da gente, acontece, né... mas eu num posso decifrá o que, pra podê acontece isso aí...

As descrições apresentadas, embora inespecíficas, são cheias de significado, pois relatam uma dor intensa, mas que não pode ser explicada, e desta forma permanece como algo incompreensível, e por isso talvez, para as mulheres, sem solução. Este tipo de descrição dificulta a compreensão do profissional, e corrobora com a definição de Meana et al. (1997b), para quem a dispareunia é uma desordem heterogênea, por isso precisa ser bem avaliada, tanto física, quanto psicologicamente, para ser entendida.

O fato de não conseguir descrever a dor dificulta a busca de solução do problema, pois como relatar ou resolver aquilo que não se pode explicar? No discurso destas mulheres, não entender ou compreender esta dor aparece como causa de sofrimento e angústia, pois não conseguem exteriorizar o problema, e esperam que o profissional de saúde as questione sobre ele e o interprete, o que na maioria das vezes não acontece.

Para algumas mulheres a dor aparece de forma menos intensa, e elas buscam compará-la a outros tipos de dor, como cólica.

E2: Classificar essa dor... É durante a relação... (...) depois, eu sinto uma dorzinha quase que direto, do lado direito... (...) É uma dorzinha assim, poquinho, num é uma doozinha... (...) parece uma cólica. (...) Eu nem sei, porque... é a única dor que eu tenho... dor de dente nunca senti, dor de cabeça também não... (risos) (...) É uma dor que pode... é, dá pra suportá, né...

E3: Uma cólica... (...) já aconteceu durante e no final (da penetração)...

E11: Então, eu sinto dores, né... (...) Durante... e depois, né... (...) Ai... assim... eu nem sei explicar o jeito que é... é assim... ah, é uma dor chata, incomoda muito... só desse ladinho aqui... (...) Do lado direito... começa a doê aqui, começa aqui e depois vai pra esse lado... (...) Aí (na penetração) começa a doê... só que eu sinto mais dor depois do que durante... (...) não... durante até que eu não tenho muita, muita não... é mais, mais fraca, eu sinto mais depois.

Observa-se, por meio destes discursos, que a dor relacionada ao ato sexual incomoda, é duradoura mesmo após a relação, mas algumas mulheres a suportam, como se a sensação dolorosa na relação sexual fosse normal e esperada. Tanto para E2 quanto para E11 a dor tem características semelhantes, inicia no flanco direito e continua após a relação, entretanto elas a interpretam como suportável.

No discurso de E2 apesar de relativizar a dor, a mulher a reconhece como a única sensação dolorosa que experimenta, o que pode tornar o ato sexual uma experiência negativa. Essas características descritas podem ajudar os profissionais a aprofundar sua investigação, buscando estratégias de cuidado para o alcance da saúde sexual.

Na fala de algumas mulheres, a dor aparece durante e depois o intercurso sexual, com uma frequência situacional, que além de ser causada por algumas posições adotadas, também pode estar associada com o tipo de estimulação recebida e com o relacionamento com o parceiro (CANAVAN; HECKMAN, 2000). O relato de associação da dor com a posição adotada durante o ato sexual é freqüente entre as mulheres estudadas, que relacionaram a posição com o aparecimento da dor, descrevendo-a como desagradável, e pode continuar após o ato sexual.

E16: Ai... a dor incomoda se for de outro jeito... agora se for normal, não... (...) A posição... Dói muito assim, no pé da barriga... mas é só na hora, depois... ela vem forte, né, na hora, mas depois ela fica bem fraquinha...

E3: Acho que depende da posição... a posição de quatro é a que costuma dá essa dor... (...) Quando... meu ex-marido ele tinha o pênis um pouco maior, então nunca se fazia de quatro porque é uma posição que me... (...) incomodava... dava dor durante a relação... então evitava-se pra entrá... para ser bom pros dois... (...)

E14: Então... num sei te explicá, né... é ardência... a dor é de vez em quando que eu sinto... depende também da posição, né... que eu sinto dor... (...) eu tenho... corrimento... Então, eu também... num sei se é alguma infecção, alguma bactéria...

A posição adotada no ato sexual foi apontada, pelas mulheres, como desencadeadora da dor, além de determinar sua intensidade, como descrito por E16, na qual a dor aparece em forte intensidade durante a relação, mas depende da posição adotada. Este tipo de dor tem localização profunda e surge geralmente quando o parceiro se posiciona por cima da mulher na relação ou quando a penetração ocorre posteriormente, como descrito por E3, posição esta que não é favorecida anatomicamente.

A possibilidade de um problema de ordem física (infecção) como causa da dor se manifesta no discurso das mulheres, mesmo quando se identificam outros fatores associados, como ocorre na fala de E14. Assim, a concepção biológica do processo saúde doença sempre permeia a tentativa de explicar a ocorrência da dispareunia, fenômeno complexo e multifatorial.

As manifestações físicas podem se relacionar com fatores psicossociais, pois na presença da dor, possivelmente causada por uma infecção ginecológica, a tendência é que ocorra a contração da musculatura pélvica e abdominal, o que pode aumentar a dor e fazer com que ela permaneça após o ato sexual de forma menos intensa, como acontece com E16. A lembrança da dor nas próximas relações pode gerar uma antecipação desta contração, perpetuando a presença da dor, que continua ocorrendo, mesmo após a resolução da causa orgânica, como acontece também com E10 (MEANA et al., 1997a).

E10: Sinto (dor)... Já senti mais... (...) Hoje eu percebo que eu tô sentindo menos. (...) Antes eu sentia durante, agora não, é mais depois... (...) Uma dor chata... como se fosse uma dor de cabeça... que num passa... (...) Eu já tive bastante dor... na relação, aquela dor seca, sabe, assim... então eu acho que... (...) hoje dói depois... porque eu num sei se é esse tempo que eu fiquei sem ter relação... ou porque... antes eu tinha durante, agora eu num tenho... (...) É na barriga... e lateja também a vagina, o canal, a vagina mesmo... (...) É uma dor forte...

Neste caso, a lembrança da dor que sentia antes, com outro parceiro, também pode promover a contração muscular, e fazer com que a dor permaneça após a relação, tanto em região abdominal, quanto em região genital, mas em menor intensidade, como acontece com E16. Os termos utilizados para descrever a dor – “chata”, “que incomoda”, “num passa”, “desagradável” – demonstram que esta sensação é desconfortante e desencadeia sofrimento e preocupação às mulheres que vivenciam esta experiência.

Tal situação pode reduzir o interesse da mulher em relação à prática sexual e diminuir também sua auto-estima sexual, além de gerar ansiedade, o que, segundo Dunne e Najman (2005), juntamente com a depressão durante a atividade sexual e a incapacidade de sentir prazer, constituem manifestações primariamente psicossociais, para as quais as mulheres muitas vezes não são questionadas.

Portanto, se a dispareunia não estava no início associada à diminuição do desejo e da excitação, pode tornar-se a partir do aparecimento de uma experiência sexual dolorosa (SCHULTZ et al., 2005).

A “dor seca” identificada por E10 era descrita e representada pela ausência de lubrificação, como acontece também com E12. Assim a ausência ou ineficiência da lubrificação passa a ser representada como uma causa aparente para a dor que sente.

E12: Então começa aquilo me incomodá... mas quando eu tô bem lubrificadinha, não dá pra senti tanto... (...) depois que termina, aquilo fica incomodano... (...) Assim, num sei se fica inchada essa parte, né... a minha vagina fica como pesada... eu sinto aquilo bem pesado... e fica aquela coisa chata... por um bom tempo... o dia todo eu fico daquele jeito... (...) Se tivé relação na parte da manhã, que eu prefiro mais na parte da manhã, e aí durante a parte da tarde fica aquela coisa ainda me incomodano... (...) Aí, aí depois é que eu fico sentino a minha barriga, né, aquela coisa pesada... aquela coisinha chata... num dô conta nem de ficá... apalpano a barriga. (...)

Neste relato a dor muda de intensidade conforme a preparação do corpo da mulher para a prática sexual e mesmo sem a fase de preparação do corpo feminino para o ato sexual, sem a lubrificação adequada, o ato acontece, e a prática fica, então, insuportável. A antecipação da dor nas próximas relações sexuais irá inibir a lubrificação, e assim se forma um ciclo que se repete sempre, e mesmo com a lubrificação adequada, a dor aparece, mas em menor intensidade. No caso de E16, E10 e E12, a dor aparece principalmente depois da relação, embora aconteça também durante.

A falta de lubrificação pode ocorrer tanto em função do medo da dor quanto como consequência da mesma, quando esta se faz presente durante o ato sexual e não acontece o relaxamento da musculatura vaginal. A incapacidade de promover ou manter a lubrificação até o final do ato sexual constitui em uma disfunção sexual, o transtorno de excitação, que neste caso pode estar associado, além da dispareunia, com o transtorno de desejo, que se caracteriza, entre outras manifestações, na deficiência ou ausência de desejo sexual (ABDO; FLEURY, 2006).

Segundo Graziottin (2005) a dor é um forte reflexo de inibição da preparação vaginal, o que contribui para o ressecamento da mucosa, e pode levar a traumas mecânicos durante a relação, o que diminui o desejo e interfere na obtenção de orgasmo.

Na fala de E10 e E12 a ausência de lubrificação aparece como responsável pelo desenvolvimento da dor, e isto foi discutido com profissionais de saúde. Mas estas mulheres também relacionam a ausência de lubrificação com a dificuldade de relacionamento com o parceiro sexual. Isto demonstra que a própria mulher pode conseguir identificar as diferentes

etiologias que causam a dispareunia em cada uma delas, desde que encontrem abertura para se expressarem em relação à sua sexualidade.

6.1.2 Dor relatada X Dor mensurada

O Questionário de Dor McGill foi utilizado com o intuito de dar dimensão à dor e mensurar como ela interfere na qualidade de vida das mulheres. Para a análise dos dados fornecidos pela parte III do Questionário McGill, utilizamos o índice de avaliação da dor, que segundo Reissing et al. (2004), um valor abaixo de 20 está equiparado à dor de dente, de 20 a 30 – câncer não terminal ou dor crônica nas costas, maior que 30 – trabalho de parto. No trabalho dos autores a dispareunia apresentou um índice de avaliação de dor de 30,27, e neste trabalho o índice médio foi de 31,53, com este índice variando entre 12 e 55. Isso demonstra que as palavras escolhidas pelas mulheres referem à lembrança de uma dor de grande intensidade, e apesar disso, estas se submetem freqüentemente a esta dor.

O componente sensorial-discriminativo que indica as qualidades físicas da dor pode apresentar um valor de 0 a 42, a média deste foi de 17,8. A palavra mais escolhida neste componente foi “pontada”, por 12 das quinze mulheres entrevistadas (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E10, E11, E12, E13, E14, E17), as outras palavras mais escolhidas neste item foram “cólica” (E1, E5, E6, E10, E11, E13, E16, E17), fina (E2, E5, E6, E10, E11, E13, E15, E16), “dolorida” (E5, E6, E7, E10, E11, E12, E14, E15) e “queimação” (E1, E5, E6, E8, E12, E14, E16, E17).

Embora o índice de avaliação tenha apresentado um valor que indique uma dor de grande intensidade, ao escolher as palavras para descreverem a dor, as mulheres escolheram descritores mais amenos, e em seus discursos, ao caracterizar a dor, trouxeram uma dor que incomoda e que interfere na freqüência das relações sexuais, causando sofrimento.

Na fala das mulheres entrevistadas, a dor apareceu como algo sem explicação, que preocupa a mulher, e também o seu parceiro, apesar de demonstrar que este é um problema da mulher e não do casal. Uma dor sem explicação, mas que pode ser suportável em alguns momentos, e que quando se torna insuportável pode ser um motivo de finalizar o ato sexual.

Ao escolher palavras para descrever a dor que sentem, as mulheres utilizaram palavras que não condizem com as conseqüências provocadas por esta dor, que podem

interferir no relacionamento e gerar sentimentos negativos em relação à prática sexual. Isso pode ocorrer pelo fato da mulher não compreender a dor, ou seja, não entender porque ela acontece ou qual a sua causa, e também por desqualificar a dor que sente, não dando importância a este sintoma.

Quando utilizam termos que dão idéia de uma dor fraca que não tenha a capacidade de causar grandes problemas, as mulheres podem descrever ao profissional de saúde uma dor sem importância, e com isso, estas deixam de investigá-la por não atribuir importância a essa ocorrência.

O componente afetivo-motivacional que indica qualidades de tensão e medo pode apresentar um valor de 0 a 14, a média encontrada foi de 5,26. As palavras mais citadas foram, respectivamente, “enjoada” (E2, E4, E5, E6, E11, E13, E14, E16, E17), “atormenta” (E8, E10, E11, E12, E14, E16, E17) e “cansativa” (E4, E5, E6, E13, E14, E16). Chama a atenção que cinco mulheres consideraram a dor como “apavorante” (E4, E5, E14, E15, E16) e “miserável” (E1, E6, E10, E14, E15), quatro como “sufocante” (E1, E7, E10, E15) e três como “enlouquecedora” (E4, E5, E7), “amedrontadora” (E6, E10, E13) e “cruel” (E1, E7, E14).

Nesta perspectiva, o impacto da dor na vida destas mulheres aparece mais claramente, pois os descritores escolhidos dão uma dimensão mais forte à dor referida. Esse componente demonstra que as conseqüências da dor são profundas, e provocam grande sofrimento, como demonstrado pelos descritores.

Estes descritores podem auxiliar o profissional a compreender o impacto da dor na vida das mulheres, que no caso das entrevistadas, foi bastante negativo, e isso indica a urgente necessidade de resolução do problema.

O grupo cognitivo-avaliativo traz a avaliação do indivíduo em relação à experiência dolorosa, pode apresentar um valor de 0 a 5, a média apresentada pelas entrevistadas foi de 2,6. As palavras mais citada foi “que incomoda” (E4, E6, E8, E11, E12, E14, E16), seguida de “chata” (E2, E10, E13) e “insuportável” (E7, E15, E17). Já o item miscelânea, composto por palavras que faltaram nos outros grupos, pode apresentar um valor de 0 a 17, a média apresentada foi de 5,9. As palavras mais citadas foram “penetra” (E1, E2, E6, E7, E8, E11, E14) e “aborrecida” (E2, E1, E10, E11, E13, E16). Chama a atenção que três mulheres caracterizaram a dor como “pavorosa” (E4, E7, E14) e duas como “torturante” (E15, E17).

Embora a dor tenha sido descrita de forma amena, como uma dorzinha chata que incomoda, os resultados dessa dor, desqualificada pela mulher, pode ser insuportável e

torturante. Isso, pelo fato da dispareunia não ser um simples sintoma, mas uma queixa que pode ter vários fatores associados e interligados, desde a formação sexual até o relacionamento com o parceiro, que culminam em disfunções sexuais que implicam em diminuição da frequência sexual, e conseqüentemente geram angústia, medo e sofrimento.

O resultado das citologias oncóticas colhidas das mulheres entrevistadas apresentaram como microbiologia lactobacilos (E1, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E15), bacilos supracitoplasmáticos – sugestivo de *Gardnerella/mobiluncus* (E2, E4, E10, E14, E17) e candida (E5, E16). Necessitaram de cauterização de colo de útero as entrevistadas E8 e E14. Estes resultados demonstram que em algumas mulheres o fator orgânico pode estar presente, mas através dos discursos percebe-se que este não é o único causador da dispareunia. Dando escuta a estas mulheres, percebe-se que fatores sociais, culturais e psicológicos estão vinculados como em uma teia, e precisam ser compreendidos na sua essência, para que elas possam ser auxiliadas a resolverem o problema.

6.2 A dispareunia e o desenvolvimento da sexualidade

A presença da dor relacionada ao ato sexual interfere negativamente no desenvolvimento da sexualidade feminina, seja no comprometimento da saúde sexual, na interferência com a prática e/ou causando insatisfação para a mulher. De acordo com Canavan e Heckman (2000) a dor está geralmente associada com o rompimento do funcionamento esperado, o que desequilibra o ciclo de resposta sexual, tanto o tradicional, descrito por e Johnson³ (1966 apud BASSON, 2001, p. 37) e modificado por Kaplan⁴ (1979 apud BASSON, 2001, p. 37) quanto o alternativo proposto por Basson (2000a).

Qualquer alteração dos padrões de normalidade presentes em receitas de resposta sexual, muitas vezes divulgadas pela mídia e por outros meios de comunicação, pode gerar angústia e sofrimento e, geralmente, a mulher não encontra um espaço onde possa discutir assuntos referentes à sexualidade e que as ajude a entender o que está acontecendo com o seu

³ MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Human Sexual Response*. Boston, MA: Little, Brown; 1966.

⁴ KAPLAN, H. S. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 3, p. 3-9, 1979.

corpo, pois a maioria dos serviços de saúde não oferece um atendimento exclusivo às questões relacionadas à sexualidade feminina.

Schultz et al. (2005) relatam que a dispareunia não faz parte do ciclo de resposta sexual, portanto, não é aceitável que seja tão prevalente entre mulheres (3 a 43%). A prevalência da dispareunia apresenta variações de acordo com diversos fatores, entre eles a cultura, o ambiente e a conduta profissional, portanto pode interferir de várias maneiras na sexualidade feminina.

6.2.1 A Dispareunia e a saúde sexual comprometida

De acordo com Villela e Arilha (2003) falar sobre sexualidade não se limita apenas ao ato sexual em si, mas a tudo aquilo que está relacionado com o que pode levar ao “gozo”, incluindo fantasias e idéias que são diretamente influenciadas pela educação e pela cultura. Para cada indivíduo, a experiência de dor relacionada ao ato sexual apresenta um impacto diferente, com modificação do grau de sofrimento pessoal.

Pensar em saúde sexual feminina é pensar em algo que começou a ser debatido internacionalmente somente a partir dos anos 90. Alguns aspectos referentes à sexualidade foram muito discutidos no século XX, mas a saúde sexual feminina, incluindo prazer sexual, só entrou na pauta destas discussões no final da década de 90, ou seja, final do século XX (PETCHESKY, 1999).

Mesmo com todas as discussões acerca do direito da mulher ao prazer sexual, e de ter uma vida sexual satisfatória, muitas mulheres ainda realizam o ato sexual apenas para satisfazer o parceiro e cumprir o seu dever de esposa, e nessa condição a presença da dor não interfere nesse cumprimento do dever, mesmo quando gera desconforto e dor.

E5: Que às veis, assim, sabe quando a pessoa, assim, te procura, às veis antes cê brigô, tá chateada, e cê vai assim mesmo... (...) ela (a dor) aparece quando eu tô sem vontade...

E7: É, nem todas as vezes... mas sempre... num sei se mal colocado, sei lá... eu sei que tem veis que eu num consigo, tem que empurrá, porque eu num consigo.

E8: É uma dor... (...) Até ele penetrá tudo... (...) Enquanto ele num penetra tudo... às veis eu fico me retorcenho pra... senão...

E15: É na hora. (...) Aí, eu sinto que... parece que tá... sabe, tá rasgano por dentro como tava rasgano um trem, uma coisa, assim... (...) Aí, ela começa assim, como que tá... sabe, vai ino, igual eu falei, vai ino rasgano uma coisa... que eu num intendo o que é... (...) bom... toda veis na relação eu sinto...

Estas mulheres trouxeram em seus discursos a dor como algo natural, esperado, e para elas persistente. Nestas falas aparece claramente a relação de poder entre o masculino e o feminino, em que este último para satisfazer as necessidades do parceiro se submete à dor, que pode ser apenas desconfortável, mas também pode ser insuportável, como descrito por E7, E8 e E15. Realizar o ato sexual com a sensação de que algo está se rompendo em seu corpo, sem a preparação adequada com lubrificação e relaxamento muscular, sem vontade, a mulher se contorcendo de dor, demonstra que nesta relação de poder a mulher está em desvantagem, e sofre com isso, mas ainda assim sofre em silêncio por muitos anos sem conseguir se livrar da dor, e então, se acostuma com ela.

Os depoimentos das mulheres entrevistadas apontam para uma condição de submissão pela sua posição de “esposa” e contradiz o conceito de saúde reprodutiva que inclui relacionamentos com prazer sexual, que não exponham a mulher à nenhuma prática de risco em relação à sexualidade, e que seja agradável (GALVÃO, 1999).

Esta situação está também ancorada na representação cultural da sexualidade, ainda presente em todos os grupos sociais, em que o homem tem maior necessidade de sexo, apresenta um impulso sexual incontrolável que permite a ele a infidelidade e, a mulher, apesar de não ter a necessidade de sexo, precisa satisfazer a necessidade incontrolável do parceiro, aspectos que reforçam as relações assimétricas entre os gêneros masculino e feminino (HEILBORN, 1999; SALEM, 2004; VILLELA; ARILHA, 2003).

A mulher, nesse desempenho de papéis, realiza a prática sexual sem vontade, mesmo na presença da dor que pode ser insuportável ou de grande intensidade. Nestes casos, a saúde sexual fica prejudicada, pois o prazer está ausente, expõe a mulher a riscos e a prática se torna desagradável.

A presença da dor, entretanto, também foi representada como motivo de preocupação do casal, que desconhecem sua origem e as formas de resolver tal problema, fazendo com que a mulher conviva com a dor e tenha associado sofrimento por essa condição, como foi relatado por algumas mulheres.

E1: Ai... sei lá... eu fico deprimida, né... não sabê o que que vem a sê... meu marido fica preocupado,né... (...) Ai... eu... eu... eu nem sei... eu nem sei te explicar o que ela significa... (...) sei que é uma dor que eu num guento... (...) Ah... (a dor) interfere bastante... (...) Brigar... brigar não... mas ele reclama, né...

E5: Assim, não... assim, é... às vezes, assim... quando termina, assim, às vezes fica (o parceiro) de mau humor... assim...

E15: Ai, ele só fala assim “nóis tem que vê que que é isso, né”... tomá providência... (...) Ah, interfere, né... porque a hora que dá a dor, né... pra mim já... se saísse de cima, como se diz, era mió, né...

O desconhecimento da etiologia como apontado nos discursos preocupa alguns casais, que sentem necessidade de buscar soluções para aquilo que entendem, na maioria das vezes, ser um problema orgânico. No entanto, na ausência de uma causa orgânica como o fato de a mulher não possuir uma infecção tratável por medicamentos, os profissionais de saúde, muitas vezes, desconsideram a necessidade de uma investigação mais aprofundada, e deixam de compreender a dispareunia como multicausal, com inter-relações psicológicas, culturais e religiosas.

Estas mulheres não conseguem compreender o que causa a dor, e, em conseqüência, não conseguem se livrar dela, que se torna persistente. Nestas falas, exteriorizar o problema ao parceiro gerou também a insatisfação, condição que as mulheres interpretam como reclamação, mau humor ou solicitação para resolver o problema junto aos serviços de saúde.

Apesar da presença da dor preocupar tanto a mulher quanto o parceiro, os homens tendem a classificar a dor como um problema da mulher e que precisa ser resolvido. Neste sentido, eles podem apoiar a mulher a procurar ajuda, mas a participação do homem como causador ou colaborador para a manutenção da dor, na maioria das vezes, não é questionada dentro do relacionamento do casal. Neste contexto, a fala de E15 demonstra o sentimento destas mulheres, declara que melhor seria se o ato sexual não acontecesse, assim, não se pode esperar que seja agradável.

Esse desconforto resulta em sofrimento e pode ter impacto negativo na qualidade de vida das mulheres e no relacionamento interpessoal, como qualquer disfunção sexual, como bem observam Pasqualotto et al. (2005) e Walton e Thorton (2003). A presença da dispareunia, no caso das entrevistadas, gera insatisfação no relacionamento e preocupação que são identificadas por elas em expressões como: “ele reclama”, “fica de mau humor”, “se saísse de cima (...) era mió”, “tem que vê que que é isso”, “fiquei com medo”.

No estudo de Brauer, Laan e Ter Kuile (2006) as mulheres com dispareunia apresentaram mais ansiedade e menos excitação do que as mulheres sem dispareunia, o que demonstra que a presença e o medo da dor, e o desconhecimento de sua etiologia geram outras manifestações fisiológicas que colaboram com a manutenção do ciclo da dor e compromete a saúde sexual.

A busca pela origem da dor leva algumas mulheres a identificarem, como responsáveis pela presença da dor, aspectos relacionados ao parceiro ou a ela própria, na sua relação conjugal.

E12: Então quando eu tô bem relaxada, bem tranqüila, a dor é menos... Já interferiu... agora não... já interferiu sim... até teve uma época que eu queria me separar porque eu achava que eu tinha que tentá com outra pessoa, que o problema tava nele (no parceiro), né...

Nesta fala, sem uma causa aparente para a dor, a mulher passa a interpretar que a causa está relacionada ao parceiro, assim, questiona o relacionamento e culpa o parceiro ou a forma do casal de realizar o ato sexual. Para E12, desconhecer a causa da dor fez com que pensasse que a culpa estava no parceiro, e mudar de parceiro poderia solucionar o problema, ou seja, a qualidade do relacionamento poderia ser a geradora da dor.

Não se observa, nos discursos das mulheres, nenhuma referência a jogos de sedução e carícias que podem ser utilizados como preliminares do ato sexual e pode levá-las a entrar no clima da relação e se permitirem a alcançar o prazer. Se essas práticas fizessem parte do cotidiano desses casais, a dispareunia poderia ser melhor compreendida no contexto do relacionamento, e eles poderiam buscar estratégias que minimizassem o desconforto e o sofrimento das mulheres.

Entre estas estratégias, uma delas poderia ser o diálogo acerca do exercício da sexualidade, o que parece não ser uma prática comum aos casais. Para Heilborn (2004), apesar das alterações ocorridas em relação à constituição da família, com transformações nas relações de gênero, que trouxe um maior controle da natalidade, não garantiu um cenário de liberdade. Brandão (2004, p. 80) salienta ainda que apesar do tema sexualidade ser muito difundido nos dias de hoje, no contexto da família fala-se pouco sobre sexo e de forma “pouco explícita”.

Essa falta de diálogo acerca dos desconfortos enfrentados, e a imagem de que o problema é de responsabilidade do outro, pode levar algumas mulheres a trocarem de parceiros, sem se preocuparem em compreender a causa da dor e buscarem alternativas, em

conjunto, para a sua solução. Nessa perspectiva, a abordagem da dispareunia, como proposto por Schultz et al. (2005), deve ser multidimensional, com o envolvimento do parceiro.

A abordagem sindrômica para a dispareunia sem uma abordagem multidisciplinar e multidimensional, e sem o envolvimento do parceiro pode ser ineficaz e gerar mais insegurança à mulher, comprometendo sua saúde sexual.

Durante as entrevistas, algumas mulheres trouxeram o ato sexual como desagradável, expondo-as a riscos, pois gerava insegurança e insatisfação, e era realizado sem lubrificação e sem vontade.

E10: Eu acho que não gostá da pessoa que eu tava, do meu marido, porque eu... eu... tinha uma ginecologista em Rio Preto, e eu falei com ela, e ela me passou uma pomada, um gel... (...) Porque eu num tinha lubrificação... num tinha nada, nada, nada... aí ela me passou um gel que eu tinha que aplicar antes, tal... e isso me deixava insegura, entendeu? Aí depois que eu larguei, tudo, que eu separei, agora que eu tô sendo... que eu tive umas... duas relações só... agora... eu sinto que eu num tenho dor... durante... mas depois eu fico com uma sensação de dor.

E12: A hora que começa a penetrá é algo insuportável, né... ainda mais se eu tivé sequinha... agora se eu tivé, assim, lubrificada, daí num dá tanto... num dói tanto... (...) Durante... depois também fica doeno, né... na relação continua doeno, incomoda muito. (...) É algo tão chato... chato... é algo que... ai, como eu vô te explicá pra você... é algo assim, que incomoda muito mesmo, né... hora que começa, ainda mais se eu não tivé lubrificada... tivé seca... (...)

Nestas falas, a ausência de lubrificação é identificada como causadora da dispareunia, gerando na mulher uma visão negativa do ato sexual, que se torna desagradável, comprometendo a saúde sexual. A prática sexual se mostra como ato mecânico, de submissão da mulher, e mesmo apresentando desconforto e secura vaginal, elas cumprem o ritual do dever conjugal. Aqui, novamente, a preocupação com a prática sexual prazerosa, com satisfação para ambos é desconsiderada, gerando uma sobrecarga física e emocional para a mulher que é acometida pelo sofrimento e pela sensação dolorosa.

Basson (2001) afirma que o Ciclo de Resposta Sexual Humana sofre influências tanto biológicas quanto psicológicas. Caso a mulher não esteja receptiva para o ato sexual, por não ser estimulada ou por antecipar a dor, a fase de excitação não acontece e conseqüentemente não há desejo, ocasionando insatisfação emocional e física, manifestada por ausência de lubrificação, dor, incômodo e insegurança (BASSON, 2001).

A fase de excitação é responsável pela vasodilatação e acúmulo de sangue na região genital, o que resulta na mulher em lubrificação e expansão da vagina (WALTON; THORTON, 2003) e, para ela é uma etapa fundamental para que atinja o clímax e consiga alcançar o orgasmo, ápice do prazer na prática sexual, fase que para as mulheres estudadas parece ser de pouca importância.

Para E10, a alternativa para a ausência de lubrificação proposta pelo profissional de saúde gerou ainda mais insegurança, e não contou com a participação do parceiro. Já E12 descreve a falta de lubrificação como algo que incomoda, que é chato. Realizar o ato sexual sem a preparação necessária da musculatura vaginal e pélvica e sem lubrificação, expõe a mulher a riscos, como ferimentos na mucosa e dor, o que certamente compromete sua saúde sexual.

6.2.2 A Dispareunia e a prática sexual

O ato sexual faz parte da sexualidade, e com as mudanças sociais ocorridas no último século, a mulher busca uma prática sexual para além da reprodução, com direitos sexuais que incluam, além do controle reprodutivo, relações sexuais igualitárias entre homens e mulheres. Esta igualdade inclui tanto satisfação sexual com prazer, quanto a participação no poder de decisão em relação ao comportamento sexual (GALVÃO, 1999; HEILBORN, 2004).

Entretanto, Uziel (2004) afirma que as transformações sociais não garantiram mudanças radicais no comportamento, o que gera uma contradição entre manter a obrigação moral e exercer uma prática sexual livre. Ao mesmo tempo, a relação sexual tem um papel central no relacionamento do casal, e quando a atividade sofre perturbações, o relacionamento se torna instável (BOZON, 2004a).

Segundo Basson (2000a), a mulher para estar motivada para a prática sexual precisa ser estimulada por um longo período de tempo, e, além disso, precisa estar receptiva ao ato sexual, mas a antecipação da dispareunia diminui a motivação feminina, como relatado pelas mulheres entrevistadas.

E14: Não... desse jeito (com dor)... (...) Vontade tem, né... mais... que que adianta...

E10: Hã hã...mas eu não tinha lubrificação... e era assim, aquela vontade de não tá ali... coisa que eu num tinha vontade mesmo... de tá fazeno o que eu fazia... (...) eu percebi que eu tenho lubrificação agora... mas antes eu num tinha... já é um passo, né?

Nestas falas, a presença da dispareunia causa interferência na manifestação do desejo, que pode surgir de forma negativa, como relatado por E10, que devido à lembrança negativa do ato sexual deixa de expressar vontade de realizá-lo, ou como E14 que apesar de sentir vontade de praticar o ato sexual, não o faz ou evita praticá-lo devido à dor.

O desejo pode não estar presente, mas a sensação de dor e/ou a influência de outros fatores biológicos ou psicossociais leva à redução da excitação, o que desencadeia a falta de lubrificação. Neste caso, a mulher pode realizar o ato sexual apenas para satisfazer o parceiro ou evitar que a relação aconteça mesmo na presença do desejo. Schultz et al. (2005) salientam que a congestão genital reduzida, apesar de ser frequentemente relatada, ainda não é cientificamente documentada, fato que contribui para o desconhecimento acerca dessa ocorrência e dificulta a busca de estratégias de intervenção para a solução do problema.

Entretanto, alguns casais mantêm um contexto de diálogo e respeito, negociam “como” se dará a relação sexual e pode-se também apreender a preocupação do parceiro com a dor da parceira, incentivando-a a buscar recurso médico para sua solução ou mesmo interrompendo o ato sexual na ocorrência da dor, como aparece nos discursos das seguintes mulheres entrevistadas.

E12: A gente tem muita comunicação um com o outro... e ele entende... esse lado... e... até às veis ele evita, me procurá, né... (...) Pra num dexá eu assim, sentino dor... ele tem medo... “ah, mais num tem graça cê sentino dor assim”... (...) às vezes ele fala que eu fico muito estressadinha, que eu tenho que esquecê... “cê tem que esquecê do sistema e pôr a mente aqui, se envolvê no momento”... eu falo, aí, então tá bõo... então vamo, né...

E16: Tem veis que eu falo pra ele ir mais devagar, que tá doeno... aí ele entende...

E6: Quando nós vai fazê eu falo pra ele... (...) Aí, ele vai devagar... (...) Aí ele mandô passá no médico, tudo...

E11: Não... (...) Quando eu sinto dor eu falo pra ele... (...) Ele respeita, ele entende...

E7: Não (interfere), porque aí eu falo que tá doendo, pára... parou, cabô...

A mulher para revelar ao parceiro a dor que sente e negociar o ato sexual precisa conviver em uma relação que propicie tal diálogo, caso contrário ela se cala e se submete à relação sexual sem vontade. Nestas falas, participar o parceiro da existência da dispareunia possibilita modificações na forma de desenvolver esta prática, como relatado por E16, E6 e E11, o que pode auxiliar na resolução do problema, ou a dor pode ser o motivo de se encerrar a prática sexual, como aparece no discurso de E7.

Em outros casos, o parceiro pode atribuir a presença da dor a um problema da parceira, e esperar que a resolução venha somente dela, como apresentado por E12, em que a dor, para o parceiro, é fruto do não envolvimento da parceira no ato sexual, o que faz com que o mesmo até evite procurá-la. Diante disso, a mulher pode não mais relatar a dor para o parceiro para não preocupá-lo ou não ser cobrada por isso.

Em todas estas falas a dor é reconhecida como um problema da mulher, que o parceiro pode até contribuir na sua resolução, mas não se levanta a possibilidade do parceiro e da relação com o mesmo serem possíveis causadores da dor, assim, procurar solucionar este problema se torna uma responsabilidade apenas da mulher.

A busca de tratamento adequado para a dispareunia deve ser acolhida por profissionais de saúde capacitados para o manejo desse sintoma, o que inclui compreender que os fatores psicológicos relacionados à sexualidade podem atuar em sinais neurológicos que ativam a excitação, fazendo com que esta diminua. Além disso, as mulheres sofrem mais pela diminuição do desejo e, conseqüentemente, por não se interessarem pelo ato sexual do que pela dor em si, que seria o problema inicial (BASSON, 2001). O parceiro pode entender e respeitar o problema vivenciado pela mulher, mas algumas realizam a prática sexual para satisfazer a necessidade dele, assim, sua participação na procura por solução do problema é essencial.

Na fala das mulheres entrevistadas, evitar o ato sexual não agrada o parceiro, por tal motivo elas mantêm a prática para satisfazê-lo.

E8: Ah... de certa forma eu evito (ter relação sexual)... porque... evito... mas mesmo assim nós num... hoje nós transa bem menos do que antes... antes era três, quatro veis por semana, hoje é uma... né... mas porque da dor mesmo, eu às vezes evito... porque dói...

E14: Não, ele entende... (...) Hum... pro home tá (interferindo no relacionamento), né... eles gostam, né... é diferente da mulher... (...) Agora eu tô evitando... no momento, assim... eu quero vê o que vai saí, né, no exame...(...) Ah... ele acha ruim, mas ele entende...

E12: Quando minha mente qué, meu corpo qué, ele deseja, eu tenho que ficá bem tranqüila... mas quando eu num quero... aí é difícil... aí que eu vô pra fazê a vontade dele, né... aí, eu começo depois a senti dor... mas eu nem reclamo muito pra ele... (risos) Tenho (relação sem vontade)... porque eu me preocupo com ele, né... num é todo dia que você qué... dois, três dias na semana, aí cê tem vontade... mas durante a semana toda não, às vezes cê faz pra satisfazê o seu parceiro...

E2: Ele conversa, né... ele às vezes fica bravo, né... que... (...) às vezes eu passo quinze dias, vinte dias, sabe... sem... sem fazê nada... (...) Ele fica... “uma mulher saudável dessa, tem que ficá...” (risos) “desafogando sozinho...” (risos) (...) Acho que (interfere) sim, né...

Embora estas mulheres continuem realizando o ato sexual, mesmo sem vontade e na presença da dor, esta prática acontece em menor intensidade, o que gera insatisfação para o casal e em alguns casos, como para E14 e E2, retaliações do parceiro, que pode “achar ruim” e reclamar para a parceira, levando com que esta não o comunique da dor nas próximas vezes, como descrito por E12.

Os depoimentos apontam também para uma interpretação diferenciada acerca do desejo entre homens e mulheres, mostrando ainda que quando o desejo é partilhado a relação sexual ocorre sem dor.

Evitar o ato sexual em função da dor e a concepção de que não está satisfazendo a necessidade do parceiro pode desencadear o medo da traição. Salem (2004) traz esta discussão ao analisar as representações sobre sexualidade entre homens de classe popular, em que a concepção de que os homens têm uma necessidade maior de sexo, de que a necessidade sexual masculina é incontrolável e de que a mulher tem o papel de controle em relação ao sexo, aparecem muito claramente. Nas representações apresentadas no trabalho de Salem (2004), a traição aparece como vocação masculina justificada pela vontade incontrolável por sexo não saciada pela parceira.

Bozon (2004a) apresenta o curso da vida sexual do casal, afirmando que nos primeiros anos de conjugalidade a atividade é intensa, três a quatro relações por semana, quando ainda não tiveram filhos. Após esta fase ocorre uma estabilização, chegam os filhos, a atividade sexual diminui e passa a ser um hábito para manter o casal, ocorre uma transição do papel conjugal para o papel parental, e a sexualidade torna-se menos central na vida dos dois.

Essas representações da sexualidade podem justificar o fato de as mulheres se submeterem ao ato sexual sem vontade e sentindo dor, mas determinam uma alteração na frequência, o que as leva a interpretar a reação do parceiro como compreensão, mas acompanhada de descontentamento e até um certo grau de desconfiança quando os parceiros passam a utilizar estratégias individuais para a satisfação sexual.

Os depoimentos apontam, ainda, para uma interpretação das mulheres de que a dispareunia e a satisfação sexual estão relacionadas a aspectos psicológicos. Na fala das entrevistadas, manter a prática sexual na presença da dor gera frustração e insegurança.

E12: (...) tem carinho por assim uns quinze, vinte minuto... então quando tem essa carícia, quando eu deixo ser tocada, né, por ele, aí dá pra ficar bem molhadinha, num tem tanta dor... mas quando eu num deixo, aí... (...) quando ele tá assim, parece que meu corpo que, né... (...) Então... quando eu deixo acontecer, quando minha mente que, quando o meu corpo que, que eu me envolvo... mesmo com a dor, né... é maravilhoso... fico satisfeita... mas quando eu num deixo... fico frustrada... (...) eu fico irritada... (...)

E10: Tenho ((vontade de ter relação))... mas tenho medo. (...) Ai, num sei... muita insegurança... que eu tô passando nesse tempo agora... muita insegurança... e isso me atrapalha muito... bastante...

No discurso destas mulheres fica evidente que a insatisfação com a prática sexual causa sofrimento, embora a vontade de realizar o ato esteja presente. Os depoimentos indicam que a satisfação sexual está relacionada ao status do relacionamento do casal, mostrando que a dispareunia pode não ocorrer quando o desejo sexual está presente em ambos e os dois utilizam estratégias preliminares de excitação. Nestas falas o que causa insatisfação é a ausência de desejo ou o medo do ato, que foram gerados pela presença da dor em experiências anteriores.

Essa situação vai ao encontro à afirmativa de Abdo e Oliveira Júnior (2002) que apontam que os fatores psicológicos podem desencadear a dispareunia, agravar ou mantê-la, portanto, quando a mulher consegue se envolver com o ato e não permitir que a lembrança da dor interfira, a relação pode ser agradável, e a mulher se sente satisfeita. A lembrança da dor, para algumas mulheres, faz com que a prática sexual gere frustração, irritação, medo e insegurança.

6.2.3 A Dispareunia e a satisfação sexual

Uma vida sexual satisfatória faz parte do conceito de saúde sexual reconhecido no Documento de Cairo (PETCHESKY, 1999), e de acordo com Pasqualotto et al. (2005), devido à importância da satisfação sexual, estudiosos estão considerando-a como uma quinta fase do ciclo de resposta sexual humana. Para Binik (2005a) não se espera que a mulher tenha uma vida sexual satisfatória na presença da dispareunia.

Entre as mulheres entrevistadas, a satisfação sexual apareceu nos discursos, apontando-a como motivação para a qualidade do relacionamento ou com uma aparente necessidade de se convencer de que, mesmo na presença da dor, elas estão satisfeitas sexualmente.

E12: Tô (satisfeita), agora eu tô... (risos) agora eu tô... tá bom... se tivesse como melhorá mais ainda, ficava melhor ainda, né... (...) Ah, é bom né... eu acredito que... o sexo não é tudo, mais... é bom pro casamento, é algo que você... é... como te dizê... que complementa a vida a dois... sem isso eu acho que... num tem como... tem que tê, né... e se for feito de uma maneira assim, com bastante carinho, com bastante paciência, você senti esse prazer... acho que a vida fica maravilhosa...

E2: Ah... acho que tô (satisfeita) sim, né... apesar que eu tô muito devagar... mas o que tem, tá bom...

E16: Tenho (satisfação), mais ou menos... mode da dor, né, assim... irrita, assim, eu nem tenho vontade de nada. (...) Tô (satisfeita)... (...) mesmo com a dor...

E15: Eu tô (satisfeita)... (...) Se ela (a dor) fosse embora era mió, né... ia tê uma vida mais livre...

Assim, muitas interpretam a dor como uma barreira para relações sexuais mais prazerosas, mas creditam à satisfação sexual um dos motivos para a sua qualidade de vida conjugal. Essa interpretação vai ao encontro das afirmativas de Bozon (2004a) para quem a sexualidade, nas últimas décadas, assumiu um papel central nas relações, e a ausência de relações sexuais entre o casal pode levar a problemas que culminam com a separação.

A satisfação com a vida sexual, mesmo que a prática seja dolorosa, pode ser consequência também do fato da mulher ter incorporado a presença da dor como algo natural

e esperado, pois não apresenta nenhuma causa física identificável, e não se cogitou em uma causa psicossocial.

Algumas mulheres acreditam que a satisfação pode melhorar, mas se contentam com o que possuem ou mesmo na presença da dor e/ou na ausência de vontade para a prática sexual se dizem satisfeitas. Isto demonstra que a dor pode estar sendo desqualificada, pois para algumas, o prazer sexual é apreendido como não importante no desenvolvimento da sexualidade e da saúde sexual.

A insatisfação em relação à prática sexual e, conseqüentemente, em relação à saúde sexual pode decorrer diretamente da dispareunia, ou a dispareunia pode ser decorrente de outros problemas envolvidos com o despertar da mulher para uma experiência sexual, que depende de componentes como intimidade e desejo, compartilhados tanto fisicamente como emocionalmente (WALTON; THORTON, 2003).

Assim, algumas mulheres divergem dos discursos acima, deixando transparecer que a insatisfação sexual é motivo de sofrimento ou afirmam dificuldades em expor tal situação.

E14: No momento não, né... (...) Agora não... (...) Hum... acabo (a satisfação)...

E1: Ai, eu num tô muito (satisfeita) não por causa desses pobrema, né... (...)

E4: Nem sempre (está satisfeita)... (paciente começa a chorar)... eu num gosto de tocá nesse assunto...

Percebe-se que E14 e E1 relacionam a insatisfação com a vida sexual diretamente com a prática na presença da dor, o que gerou uma imagem negativa que as impelem a evitar o ato. Para E4, falar sobre a vida sexual também traz lembranças negativas, o que gera sofrimento e insatisfação.

É possível afirmar que falar sobre a prática sexual é difícil para muitas mulheres, pois elas interpretam esse assunto como de cunho privado, mesmo quando a menção do mesmo é motivo de tristeza e choro. Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que não foram educadas para falar abertamente sobre o assunto durante a sua vida, ou então vivenciaram esse assunto como algo proibido ou mesmo pecaminoso. Entretanto, quando se sentem acolhidas no serviço de saúde para falar sobre sexualidade, a insatisfação com a vida sexual aparece mais abertamente.

A falta de desejo sexual também aparece nos depoimentos delas, e elas relacionam-no ao comportamento dos parceiros ou mesmo ao fato de não terem tido experiências com significação positiva que lhes tivesse despertado o desejo. Nesses casos, elas cumprem seu dever conjugal, mesmo quando vivenciam uma relação conflituosa com o parceiro, o que pode acentuar a sensação dolorosa entre as mesmas. Para essas, possivelmente, um tempo maior de estimulação, conforme cita Basson (2000a), pode ser necessário para permitir que a motivação permaneça, mas o evento da dor pode diminuir tal motivação.

E5: Às vezes sim (está satisfeita) (...) Ah... pra sê sincera, não... (...) Não... assim... não... que nem eu te falei... por causa das brigas mesmo... sabe, assim... que nem eu te falei, que meu esposo, ele é muito assim, sabe, o jeito dele...sabe, assim...

E7: Num tenho vontade... então eu nem noto... se é, se num é... mas as veis que eu notei, a gente tava bem... (...) cedo por, assim... por eu ser mulher dele, eu penso assim, se eu num der ele vai procurar na rua... (...) Então, eu sô uma pessoa que, isso (relação sexual) pra mim não faz falta... (...) Eu num tenho vontade, eu num sinto... (...) Nunca, nunca, nunca, nunca senti... nem no tempo de nova, nunca...

Nestas falas, as brigas, a rispidez do parceiro e o medo da traição contribuíram para o descontentamento com a relação do casal gerando a insatisfação com a prática sexual que passou então a ser dolorosa e desestimulante.

Devido ao papel central que a sexualidade assume na vida do casal, não realizar a prática sexual é interpretada como um risco para a mulher, pois poderia perder o parceiro, para tanto o ato é realizado sem vontade e na presença da dor. De acordo com Heim (2001), problemas no relacionamento aparecem como a maior causa da dispareunia, mas para saber se o relacionamento não sofreu secundariamente devido a problemas relacionados à prática sexual deve-se obter a história detalhada da dispareunia.

A presença da dor pode ser percebida como a causa da insatisfação para algumas entrevistadas, pois identificam a dor como um problema que interfere na vida sexual. Essas revelações são assemelhadas aos resultados do estudo de Brauer, Laan e Ter Kuile (2006), em que as mulheres com dispareunia relataram menos desejo, excitação, lubrificação e orgasmo, e conseqüentemente, mais ansiedade do que as mulheres sem queixas sexuais.

A dispareunia pode desencadear outras disfunções, como a inibição do desejo sexual; diminuição da excitação sexual com diminuição da lubrificação; e atraso ou ausência

de orgasmo. De acordo com Abdo e Fleury (2006) como uma disfunção sexual pode gerar outra, é importante que se identifique e trate cada uma delas (ABDO; FLEURY, 2006; PASQUALOTTO et al., 2005; WALTON; THORTON, 2003).

Entretanto, compreender como cada mulher vivencia sua sexualidade é importante para evitar excesso de medicalização para situações que exigem intervenções educativas, aconselhamento e, às vezes, intervenções terapêuticas para o casal. O desconhecimento acerca da sexualidade pode levar à insatisfação e sofrimento, gerar conflitos no relacionamento e impedir que o casal busque ajuda para a resolução dos problemas enfrentados.

Entre as entrevistadas, algumas relataram a ausência de orgasmo no ato sexual, algumas não sabiam o que era orgasmo, pois achavam que nunca haviam tido tal sensação.

E7: Ai, eu num sei, eu acho que (orgasmo) deve ser a pessoa senti o... um amor por aquela pessoa, num sei... eu num sei, que eu nunca, nunca tive, eu num sei te explicá... eu só sei que eu vejo falá... que ele (o marido) já me passou na cara, que eu num... que eu num gozo... (...) Às vezes em sonho eu tenho a sensação de que tive um orgasmo, mas até hoje só em sonho...

E10: Não (sabe o que é orgasmo)... (risos nervosos)... é horrível, né? (...) É horrível porque eu num sei, eu não tenho resposta... sabe assim, eu queria perguntar pra minha ginecologista na época, mas eu num... mas eu vou perguntar o que? Eu num sei o que perguntar pra ela...

E15: Como assim cê fala? (...) Costumo (atingir o orgasmo), mas antes dele... (...) Só que antigamente eu não tinha... Duns tempo para cá parece que tá, sabe... Aí eu até falei pra minhas amigas “ai, acho que eu tô fria”, tudo... agora parece que tá mudano...

E2: Muito raro ((orgasmo))... muito difícil mesmo, minha cabeça tem que tá ótima, sabe... nossa, tem que tá ótima em tudo, senão...

Nestas falas percebe-se que a percepção da ausência de orgasmo gera insatisfação, ansiedade e sofrimento às mulheres, pois podem sofrer cobrança do parceiro, como relatado por E7, que chegou a ser ridicularizada por não manifestar a presença do orgasmo, sendo apontada pelo parceiro como incompetente no exercício da sexualidade, e por sentir esta necessidade chega a sonhar com algo que diz não conhecer. Por nunca experimentarem a sensação de orgasmo, como descrito por E10, não conseguem exteriorizar suas dúvidas, ou se enquadram em padrões de frigidez divulgados pela mídia.

A sensação de orgasmo muitas vezes é divulgada como algo mágico, inexplicável, impossível de ser atingido por mulheres comuns, e chegar a este clímax pode ser uma

cobrança masculina para ter certeza de que a prática sexual foi prazerosa para a mulher. O orgasmo como é divulgado, possivelmente não é uma sensação real para muitas mulheres, que apesar de sentirem satisfação com o ato sexual podem achar que falta algo para atingir o padrão de orgasmo que lhes é cobrado.

Os depoimentos apontam que o ciclo tradicional de resposta sexual, com fases bem delimitadas, uma seguida da outra, na prática não acontece de forma tão padronizada, o que gera dúvidas acerca do desempenho.

A interpretação desses depoimentos sugere, ainda, a necessidade de que os profissionais de saúde fiquem atentos para evitar rotular todas essas condições como disfunção sexual e como tal medicalizá-las. Identificar possíveis causas relacionadas às disfunções sexuais é importante porque como afirmam Basson (2000a) e Pasqualotto et al. (2005), a disfunção sexual refere-se a qualquer alteração nas fases do ciclo, mas precisam resultar em sofrimento para mulher com impacto negativo na sua qualidade de vida. Hayes et al. (2006) utilizaram o termo dificuldade sexual para diferenciar a diminuição na função sexual na ausência ou desconhecimento da presença do sofrimento, pois neste estudo, o termo disfunção sexual foi utilizado somente quando as desordens nas diferentes fases do ciclo de resposta sexual estavam acompanhadas por diminuição da função e também sofrimento pessoal.

Corroborar com a necessidade de uma investigação aprofundada acerca das alterações vivenciadas pelas mulheres a assertiva de Bozon (2004a) de que a sexualidade inclui mais do que o ato sexual em si, além de atos, compreende relacionamentos e significados que sofrem influências sócio-culturais. Portanto, o fato de não estar satisfeita com a vida sexual não depende apenas da presença ou ausência de uma das fases do ciclo tradicional de resposta sexual, mas de todo o conjunto – atos, relacionamentos e significados – que corresponde à sexualidade.

No discurso de algumas mulheres a insatisfação com a vida sexual estava relacionada com uma insatisfação global – com a relação do casal e com a incapacidade de entender o que estava acontecendo com o seu corpo, o que interfere na prática sexual.

E7: Não, não... num gosto... (...) Pra mim tanto faiz tê como num tê, pra mim é uma coisa só...

E8: Não... não muito... falta algum coisa ainda... (risos) (...) Ah... é senti mais desejo um pelo outro, né... porque eu acho que não é só ali, na hora que vai... vai ter relação e... acho que começa antes, um carinho, né... um no outro... depois que teve, também... né... porque, aí

se faz, virô pro lado, “pum”... desmaiô... acho que num é assim, falta muita cosa ainda...

E10: Não... não (está satisfeita)... (...) Não sei... eu não sei, mas num tô. Eu acho que eu num tive vida sexual... ainda... E eu tenho medo de... do que que eu acho dessa vida sexual... que que é pra mim... não tem, não tem resposta.(...) Não tem resposta...

Em todas estas falas, a insatisfação com a vida sexual está diretamente relacionada com a prática sexual, mas também com o relacionamento com o parceiro, que não contribui no despertar da mulher para o ato sexual, e também com o desconhecimento do que seria uma vida sexual satisfatória.

Assim a fala das mulheres demonstra que a satisfação sexual depende do estímulo que recebem, e como demonstrado por Basson (2001), este estímulo sofre influências, tanto biológicas, quanto psicológicas. Assim, mesmo depois da resolução das causas biológicas da dispareunia, a mulher pode continuar apresentando dor (MEANA et al., 1997a).

Basson et al. (2004) indicam a satisfação física e emocional como a quinta fase do modelo circular de resposta sexual feminino e afirmam que a ausência de satisfação pode interferir na receptividade da mulher para atos sexuais futuros.

Compreender a satisfação feminina em relação à sexualidade é importante, pois tal satisfação influencia a função sexual, desta forma pode auxiliar no diagnóstico e tratamento da dispareunia.

6.3 A dispareunia e a sexualidade: compreendendo os fatores psico-sócio-culturais

Um estímulo sexual para produzir excitação, segundo Basson (2001) e Basson et al. (2004), sofre influências tanto biológicas quanto psicológicas. As influências biológicas negativas são passíveis de detecção por meio de exames clínicos e laboratoriais, e a partir daí podem ser tratadas e eliminadas. As influências psicológicas e experiências sexuais negativas são mais difíceis de serem identificadas e, portanto, eliminadas, e contribuem diretamente para a manutenção da dor. Abdo e Fleury (2006) apontam que fatores psicossociais como a educação sexual - repressora ou permissiva, e o ambiente – controlador ou estimulante, diferenciam a resposta aos estímulos sexuais.

6.3.1 Educação sexual

Apesar do processo de modernização e das modificações relacionadas à sexualidade que ocorreram nos últimos anos, observa-se que valores morais repressores ainda estão presentes na sociedade e são transmitidos de pais para filhos. A sexualidade não é instintiva, nem espontânea, é aprendida e determinada por regras sociais e culturais (HEILBORN, 2004).

Brandão (2004) afirma que o comportamento dos pais em relação à educação sexual dos filhos é diverso, pode incentivá-los em relação à sexualidade; agir como se ignorassem o comportamento sexual dos filhos através do silêncio; apenas fazer advertências quanto aos cuidados que devem ser tomados contra uma gravidez indesejada ou uma doença sexualmente transmissível; ou reprovar o exercício da sexualidade.

Muitas mulheres, apesar das modificações ocorridas na família, conviveram em um ambiente em que a sexualidade foi um assunto intocável, algo proibido. As entrevistadas, com idade entre 18 e 59 anos, receberam a educação sexual antes, durante e depois da década de 60, período que iniciou uma revolução relacionada à sexualidade feminina.

Apesar da diferença de idade destas mulheres, sua educação sexual apresenta pontos em comum. Isto aponta para o fato de que a educação sexual no âmbito familiar é negada para muitas mulheres, e o silêncio foi o comportamento adotado por muitas famílias, como apareceu nos seguintes discursos.

E12: Ah, eu acho que sim, que... eu deveria te sido mais informada... a minha mãe, assim, nunca foi uma mãe de conversá, de explicá... eu também nunca procurei informação sobre isso... eu acho... eu acho que faltô mais informação... eu buscá mais informação, né... com relação ao... ao relacionamento a dois, assim... a vida íntima... mas agora eu penso, assim.... buscá, né, informação, sabê porquê...

E10: Fria... bem fria (a criação em relação a sexualidade). (...) (os pais) num falava nada, minha mãe nunca tocou no assunto... como se não existisse, assim, sabe... (...) Frio, horrível (o relacionamento dos pais)...

E13: Vixi, bem... difícil (falar sobre sexualidade em casa), porque... todo mundo fechado... (...) Não tem essa de passá pra filho, sabe... nunca teve...

E15: Nós nem sabia disso (falar sobre sexualidade em casa)... (...) minha mãe nunca converso isso cum nós, nem... nem pensá... (...) o pai, piorô...

E2: Ah... nunca, nunca falei na minha vida (com os pais sobre sexualidade)... minha mãe até hoje... (...) meu pai e minha mãe são do tipo antigo, então... num tem nem como... (...) nunca... nunca vi meu pai dando um beijo na minha mãe... (...) se dependesse de casa, a gente num sabia nada... (...)

Estes discursos demonstram que falar sobre sexo ou sexualidade no ambiente familiar era algo impensável, estas mulheres não receberam nenhuma informação dos pais referente ao desenvolvimento da sexualidade, seja em relação à puberdade, ou em relação à prática sexual responsável. O próprio comportamento dos pais como casal e com os filhos já impedia que qualquer assunto mais íntimo fosse abordado no âmbito familiar, fazendo com que estas mulheres não se sentissem à vontade para fazer questionamentos.

Observa-se que houve uma negação acerca do tema, e parece que a situação se repete nos próprios núcleos familiares, que também são permeados de silêncios e conflitos que não se resolvem na vivência da conjugalidade e refletem-se no exercício da sexualidade.

Nas sociedades ocidentais o cenário da família se alterou, as transformações nas relações de gênero conferiram à mulher maior autonomia em relação à concepção, e a prática sexual deixou de ser atividade apenas do âmbito conjugal. Mas, apesar do papel central que a sexualidade ocupa na formação do sujeito, as famílias pouco conversam sobre sexo e sexualidade, e para muitos este ainda é um assunto íntimo, privado, que deve ser tratado de forma reservada (BRANDÃO, 2004; HEILBORN, 2004; LOURO, 2001).

Por ser um assunto íntimo, os pais podem não se sentir à vontade para abordar tal assunto com os filhos, principalmente se também receberam uma educação sexual repressora ou pautada no silêncio.

Na ausência de uma educação sexual no ambiente familiar, outras instituições assumem o papel de orientar o indivíduo sobre as questões relacionadas à sexualidade, como é o caso da escola, que acaba por disciplinar os corpos com um padrão de funcionamento normal ligado à questões biológicas (LOURO, 2001).

O papel central da escola no fornecimento de informações referentes à função sexual apareceu em diversos discursos.

E2: Qué dize... sabia (sobre sexualidade) porque, de vez em quando, na escola, a professora tirava todos os alunos homens, né, da classe e ficava com todas as meninas... e no dia seguinte fazia ao contrário,

né... ficava com os meninos... então a gente aprendeu, ou seja, na escola, né... (...) (aprendeu sobre sexualidade) na escola e na rua, né... (risos) conversando com as amigas...

E11: Assim, meus pais nunca falaram nada pra mim (sobre sexualidade), nunca comentaram, nunca foram de falá muito não... quando falava, falava na escola... com as amigas... (...) Em casa não... (...) eu nunca perguntei também...

E14: Bem... meu pai eu num converso muito, né, que ele mora em São Paulo... com a minha mãe, mais ou menos, tamém... eu sempre tive assim, muito aprendizado na escola, conversano com as minhas amigas... e foi tranqüilo...

Nestas falas percebe-se que a escola pode reproduzir a informação de que conversar sobre sexualidade é vergonhoso, como apresentado por E2, em que as discussões eram distintas para meninos e meninas, nesta situação podem-se transmitir padrões diferentes relacionados ao gênero, como por exemplo, a mulher deve ser mais recatada e o homem mais atirado.

Observa-se, pelos discursos, que a escola pode marcar para sempre o corpo do indivíduo, ensinando como usá-lo dentro da norma desejada pela sociedade, conforme refere Louro (2001). Bozon (2004a) aponta que a socialização de gênero diferente para homens e mulheres difunde um padrão em que o desejo feminino é ignorado, e esta inferioridade feminina em relação ao masculino acaba por não se manifestar somente no campo da sexualidade. Neste cenário não resta à mulher outra alternativa, que não seja a passividade sexual.

Bozon (2004a) ainda salienta que em países onde é evidente o predomínio da Igreja Católica a educação sexual na escola é dificultada, porque pode conferir autonomia, aos jovens, para que se comportem de maneira diversa a moral sexual difundida pela religião.

Além da escola, as informações referentes à prática sexual e à sexualidade ainda são, freqüentemente, obtidas em rodas de amigos. Essa modalidade pode influenciar, negativamente, o exercício da sexualidade porque são permeadas por tabus e crenças, informações distorcidas e mal interpretadas e podem reforçar um desenvolvimento sexual pautado em normas de funcionamento não verdadeiras e, muitas vezes, tendo como referência informações divulgadas pela mídia. Segundo Pasqualotto et al. (2005) os mitos em relação à normatização da função sexual divulgados pela mídia podem desencadear na mulher sentimentos negativos e insatisfação por não atingir os padrões propostos que, às vezes, são

tratados de forma inadequada e com interpretações que criam sentidos de incapacidade nos leitores.

O comportamento dos pais como casal também é observado pelos filhos, e pode ser reproduzido ou descartado. No caso de algumas entrevistadas o relacionamento dos pais é observado como ausente de carinho, distante e frio, e com ausência total de informações sobre o desenvolvimento da sexualidade.

E1: Ai... eu nem me alembro (da criação em relação a sexualidade) que... quando eu me formei memo, logo que eu fiquei moça, eu já casei com ele, né... então, num... (...) eles (os pais) disfarçava...

E5: Ah... num era comum não (falar sobre sexualidade em casa)... minha mãe é muito, sabe assim, essas mulher antiga... era muito conservadora... nunca foi de falá, sabe... assim, comentá... nem de explicá... (...) era muito assim, vergonhosa tamém... (...) Assim, na época, assim, eu num me lembro muito bem, quando meu pai era vivo eu tinha nove anos... então, ele... assim... pelo menos na frente da gente, assim, que eu me lembre, não (relação de carinho entre os pais)... (...) assim, só quando veio mesmo (a menstruação) ela (a mãe) explicô... mas eu já sabia... mas no caso, ela explicô que que era, tudo... mas antes ela nunca... nossa... num fala de jeito nenhum... às veis tá passano na televisão, assim, numa cena de novela, se alguém dá beijo ela desliga... ela é muito, sabe, assim... (...) (aprendeu sobre sexualidade) com as amiga, na escola... assim...

Na fala destas, percebe-se a preocupação dos pais em demonstrar aos filhos que pai e mãe são diferentes de homem e mulher, ou seja, pai e mãe não têm atividade sexual, quem realiza tal prática são homens e mulheres. Neste tipo de concepção, os pais permanecem sagrados, pois para os filhos não cometem o “pecado” de realizar o ato sexual, difundindo uma visão negativa da prática sexual. Os mitos e preconceitos, como apontados nos discursos, para essas mulheres permanecem e perduram no imaginário social, como determinantes da conduta moral e social em relação à sexualidade.

Bozon (2004b) aponta que, apesar das modificações sociais em relação às questões de gênero, a partir do movimento feminista que conferiram à mulher maior igualdade em relação ao homem, o comportamento e o juízo de valor em relação à sexualidade e família pouco se alterou, o que está muito relacionado com questões difundidas pela religião e pela cultura.

Negar a sexualidade, disfarçar, silenciar é uma forma de evitar as perguntas dos filhos, frutos de uma geração que está aprendendo a modificar o comportamento em relação à

sexualidade, mas que não se sentem à vontade, pelo próprio comportamento parental, de instigar uma conversa sobre sexualidade com os pais.

O comportamento parental pode estar associado a uma educação sexual com reprovação e distanciamento. Brandão (2004) afirma que apesar da sexualidade estar sendo amplamente difundida socialmente, na família as conversas ainda acontecem de forma indireta e com reprimendas. Este tipo de abordagem em relação à sexualidade, com repressões, vangloriando o controle feminino, apareceu no discurso de diversas entrevistadas.

E8: Ah, era normal (falar sobre sexualidade em casa)... minha mãe sempre falou... (...) ela falava mais o negócio de namorá, de perder a virgindade... (...) Ah, por exemplo, se cuidá, num entregá antes da hora... isso ela falava... agora sobre doença, essas coisa ela num falava... acho que nem ela mesmo tinha conhecimento, né... porque ela num tinha estudo... nem nada, então... mas ela falava assim, pra gente num entregá antes da hora, antes do casamento, essas coisa ela falava...

E12: Era uma coisa tão assim (falar sobre sexualidade em casa)... num podia nem beijá na boca... que dizê, era... foi um criamento... é... deles (os pais), difícil... que ela (a mãe) num conversava com a gente, ela nunca explicô... como que era uma vida íntima... eu casei e num sabia nada, né... fui aprendeno com o tempo... meu pai era muito rígido... (...) Eles num falavam isso (sobre sexualidade)... eles falavam assim que eu tinha que casá, que ele (o pai) não queria que eu manchasse a... a reputação dele na cidade... se eu fizesse isso que eu ia apanhá, eu ia saí fora de casa... mais como... assim, de que num podia, né, não, nunca falaram nada.

E16: Não (falava de sexualidade em casa)... podia nem sabê... que eu morei com os meus avós, sabe... então eles era crente... então eles falava que a gente num podia entregá o corpo da gente até antes do casamento... então, pra eles lá em casa, eu casei virgem, sabe... mais não... num podia falá... agora com a minha mãe, ela já conversava com nós... quando que ia lá... (...) Ela falava assim, se fosse pra mim tê uma relação, pra mim usá, sabe, preservatido, essas coisa... ela falava que podia arrumá filho, que nós num tinha idade ainda, essas coisa...

Nestas falas percebe-se que abordar o assunto sexualidade no âmbito familiar teve como foco o controle e preocupação dos pais com a gravidez indesejada e com a virgindade, centrando a atenção no impedimento do exercício da sexualidade. Assim, as informações centravam-se no conceito de que a prática sexual deveria acontecer somente a partir do casamento, associando o ato sexual sem a finalidade de procriação com algo negativo. Este tipo de informação também reforça a posição da mulher no controle da atividade sexual, pois

esta deve se cuidar para não permitir que o ato aconteça, ou ainda em um ambiente menos repressor, não permitir a ocorrência de uma gravidez indesejada.

A educação sexual repressiva permeada de valores morais e religiosos das mulheres estudadas negaram-lhes um desenvolvimento sexual saudável, podendo ser interpretado como gerador do sentimento de insatisfação e do aparecimento da dispareunia.

A idéia de que a prática sexual deve acontecer somente para procriação, com negação do prazer, dentro do casamento cristão, foi difundida a partir da instituição do Cristianismo no Ocidente, séculos XVII e XVIII. Esta idéia se intensificou no século XIX, com a ascensão da burguesia, e ainda aparece no discurso de algumas famílias, embora hoje em menor intensidade.

Bozon (2004a) chama a atenção para o fato de que práticas lícitas e ilícitas em relação à sexualidade divergem em diferentes culturas, e os limites impostos são diferentes para homens e mulheres. O autor ainda aponta que a definição do que é desejável em uma sociedade em relação à sexualidade é delimitado pelas relações de gênero, classe social e cultura.

A educação sexual entre famílias que se preocupam em reprovar a sexualidade dos filhos, comum antes do movimento feminista e ainda presente nos discursos daquelas que viveram a adolescência na década de 90, a iniciação sexual masculina é incentivada, e a mulher é advertida quanto ao início da vida sexual somente após o casamento, e em caso de transgressão da norma ela é ameaçada de punição com a expulsão da casa dos pais.

O advento da AIDS e a ocorrência de gravidezes indesejadas entre adolescentes forçaram, de certa forma, os pais a iniciarem uma orientação sexual dentro de casa, mesmo que a contragosto, ainda com a função de normatizadora da conduta, em alguns casos com a apropriação de um discurso moderno.

E3: Nunca se falava (sobre sexualidade em casa)... (...) evitava falá... Num tive (educação sexual)... só o que aprendi na escola mesmo... (...) (os pais) só falava pra num tê (relação sexual)... engravidá... mas, assim, minha mãe falou, o quê, por cima... a gente já sabia, né... mas num se era comentado...

E6: A minha mãe num gostava não... (risos) (de falar sobre sexualidade) (...) Ela nunca deu um conselho dessas coisa, eu soube pelas pessoas de fora... (...) Meu pai só falava que tem aquele negócio da proteção... ele também num era de ficá falano muito... ele falava assim “fia, toma cuidado, sabe, hoje em dia tem a camisinha...” , ele num gostava de falá, mas ele falava.

Nestas falas, a preocupação dos pais em relação às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez demonstra assumir duas posições, ou instigam para que a filha não realize o ato, assim não corre riscos, ou apenas citam a existência do preservativo, sem nenhuma outra explicação de como obter ou utilizar este método com responsabilidade. Os pais podem não saber como utilizar o preservativo, ou não se preocuparem em usá-lo por acreditar que estão protegidos de doenças pelo compromisso de fidelidade assumido no casamento, ou podem conhecer o método e se sentirem desconfortáveis para explicar aos filhos como utilizá-lo.

Assim, a informação, em forma apenas de advertência, pode apresentar uma conotação de que a prática sexual é prejudicial, pois pode ter um desfecho negativo e trazer sofrimento. Algumas escolas e campanhas de divulgação de métodos de proteção nas relações sexuais também divulgam a concepção de que realizar a prática sexual pode ser perigoso e gerar danos.

Os discursos das mulheres entrevistadas em nenhum momento trouxeram a educação sexual que receberam como incentivadora de uma vida sexual saudável, com responsabilidade, mas também com prazer, o que poderia contribuir para o desenvolvimento e a manutenção da dispareunia.

6.3.2 Relacionamento com o parceiro

Canavan e Heckman (2000) citam que no trabalho de Glatt, Zinner e Cormack (1990) 47% das mulheres com dispareunia relataram diminuição na frequência de relações sexuais e 35% referiram que a dispareunia desencadeou um efeito desfavorável no relacionamento com o parceiro sexual. Meana et al. (1997b) trazem em seu trabalho que as mulheres com dispareunia foram as que apresentaram menores níveis de ajuste conjugal. Graziottin (2005) salienta que a dispareunia interfere no relacionamento do casal, mas pode também ser causada pelo relacionamento quando este não é agradável.

Markos (2005) refere que na presença de uma disfunção sexual deve-se avaliar o relacionamento do casal, e, dificilmente, o problema é, somente, de um dos parceiros. Entre as entrevistadas, algumas definiram o relacionamento com o parceiro sexual de forma positiva,

não identificando o mesmo como responsável pelo desenvolvimento da dispareunia, como apresentado abaixo.

E10: É tranquilo, assim, é aberto... ele tá devagar comigo... me respeita bastante, assim, no meu tempo... porque tem que ser no meu tempo agora... (...) Ele é (carinhoso)... eu que tô mais retraída, eu que tenho vergonha, tenho medo...

E3: Normal... (...) Há respeito na relação, até porque faz pouco tempo que eu estou casada... então... (...) Tem oito meses... então por enquanto tá mil maravilhas...

E11: É... ah... é bom... (...) Conversa... ele me trata super bem...

E12: Hum.... como que é o nosso relacionamento? Nosso relacionamento é muito bem, muito mesmo... somos muito comunicativo, ele é uma pessoa muito calma, eu também... ele é muito carinhoso... nós temos um relacionamento, digo assim, noventa e nove por cento muito bom...

Na fala destas, o bom relacionamento com o parceiro se dá pelo fato do mesmo ser compreensivo, respeitar o tempo da parceira, ser carinhoso e/ou possibilitar o diálogo. Nestes relacionamentos, a presença da dispareunia é discutida pelo casal, e embora o parceiro em alguns casos possa identificá-lo como um problema apenas da mulher, mostra-se interessado em auxiliá-la a resolver tal problema.

Entretanto, Levine (2005) aponta que a dispareunia pode desencadear diversos impactos psicossociais para a mulher e para seu parceiro, mas, uma relação harmoniosa com um parceiro compreensivo auxilia na identificação, tratamento e acompanhamento da mulher com dispareunia, e pode incentivá-la na resolução do problema. Da mesma forma, Schultz et al. (2005) e Pasqualotto et al. (2005) salientam a importância da participação do parceiro no tratamento da dispareunia.

Ao contrário, a discórdia no relacionamento tem sido sugerida por Heim (2001) como a maior causa da dispareunia, e pode se manifestar com a ocorrência de brigas, ofensas e traição. Os discursos das mulheres pesquisadas mostram que os conflitos e a infidelidade estão presentes nos relacionamentos gerando brigas, incompreensões, o que podem ser fatores agravantes para a ocorrência da dispareunia.

E5: Ah, eu acho que sim... assim, sabe, assim, no caso a gente casal, a gente briga muito... sabe... a gente briga muito... ofende muito um o outro... então, pode sê...

E8: Ai... eu num sei... só se de relação... porque a relação ficô... teve uns problema, né... cum nós dois... a gente quase separô e tudo... num sei... talvez pode sê por isso... eu tá meio desconfortável ainda, né... pode tê sido isso, tamém... porque... (...) ele tem outro filho com outra mulher... tamém porque nós briga muito, sabe...

E8: Não... no começo até era (carinhoso)... assim... quando nós namorava... era muito... mais depois que casô, cabô, tamém... (...) É só naquela hora (da relação sexual)... depois... é que nem eu já comentei com a minha irmã, né... a gente sente... mal... quando acontece isso, porque... você só é acarinhada ali... você é mulher, que você se sente mulher... eu já falei isso com a minha irmã... (...) Ah... ele sê mais carinhoso comigo, a convivência como marido... assim... dividi as coisa...

E2: É... mais... mais ou menos... porque eu sô muito nervosa... (...) eu discuto muito... (risos) (...) Ele é mais calmo...

Nestas falas as mulheres trouxeram as brigas entre o casal e a traição como responsáveis para não apresentarem vontade para realizar a prática sexual, o que contribui para o aparecimento da dispareunia. A entrevistada E8 também apontou, além das brigas, a falta de carinho do parceiro no dia-a-dia, que ele só apresenta atitudes carinhosas durante o ato sexual.

Observa-se, portanto, que a mulher associa a satisfação sexual com práticas preliminares de excitação, o que não ocorre, ou ocorre em menor intensidade, nas relações sexuais após o casamento. Para outros casais a discórdia prevalece podendo acentuar a ocorrência da dispareunia, mas não impele a mulher a um rompimento, mantendo-a submissa a uma relação não igualitária, mas que é aceita socialmente.

Essa situação funda-se na construção social da sexualidade em que a mulher associa sexo com afeto, e na diferenciação dos papéis de gênero em que a mulher aparece como mais emotiva. No ciclo de resposta sexual proposto por Basson et al. (2004) a mulher deve estar em um ambiente apropriado para que seja excitada.

A manutenção de relações assimétricas coloca as mulheres em posição de inferioridade, o que as impedem de rompimento de relações conflituosas e as obrigam a relações sexuais indesejadas além de suportarem a traição com resignação. Entretanto, toda essa trama leva-as a interpretarem a dispareunia como decorrente das adversidades dos seus relacionamentos. Romper com essa situação nem sempre as ajuda a alcançarem a satisfação sexual, e a ocorrência da dispareunia pode se associar aos medos e marcas anteriores não superados.

Desta forma, realizar a prática sexual em um ambiente de brigas e discussões, que não favorece a entrega, ausente de carinho e estimulação, leva à ausência de lubrificação feminina e aumento da tensão da musculatura pélvica, que causa a dor. Além disso, o aparecimento da dor e a lembrança dela nas próximas relações propiciam a manutenção da mesma.

Nas relações ainda prevalentes de assimetria de gênero e construídas socialmente, o homem, para ser macho, aprende que não pode chorar, que emoção é coisa de mulher e a ter um comportamento agressivo. A mulher, por outro lado, aprende a ser emotiva, valorizar o vínculo, e muitas vezes a se submeter à agressividade do homem. A violência sexual se apresenta nos discursos das mulheres estudadas, deixando clara a dominação masculina nas relações conjugais e sexuais. Os resultados do estudo de Salem (2004) também ressaltam a necessidade incontrolável do homem em relação ao ato sexual, e a traição é justificada pela incapacidade da parceira em resolver tal vontade.

No Brasil, desfazer um casamento só foi possível no final do século XX, mesmo assim, as mulheres enfrentaram muito preconceito por tomar tal decisão. Nos dias de hoje, algumas desfazem o relacionamento, mas convivem com a lembrança da agressividade, e outras se submetem à agressividade por entenderem que o casamento é indissolúvel, ou com um discurso de que amam seu parceiro e acreditam que a situação pode melhorar.

No trabalho de Salem (2004) a figura feminina aparece como controladora da relação, ela decide se o ato sexual vai acontecer ou não, e quanto mais o parceiro considera a mulher, mais ele tolera tal controle. As atitudes femininas de reclamação, cobrança e controle aparecem no trabalho da autora como fonte de perturbação na relação, o que desencadeia um ambiente desequilibrado. Em condições adversas, a figura feminina deixa de ter o controle, não tem o poder de negociar o ato sexual vinculado, também o seu desejo, e o ato acontece sem a sua vontade.

Na fala de algumas entrevistadas, a agressividade do parceiro ultrapassa a agressividade verbal e a maneira ríspida de tratar a mulher, culminando com a agressividade física e sexual.

E7: Num sei... porque minha vida toda é... é um caos assim... muito triste, eu num gosto nem de pensá minha vida... (...) Casei bonitinha, coisa e tal, mas eu sô casada, mas eu num sei se sô casada ou num sô.. (...) Ah... num sei, mas é um marido assim, que ele me traiu muito, muito, muito, muito... então cê num tem aquela confiança nele... (...) Sempre... soube... no começo que a gente casô, no comecinho ele já começou a me trair... depois, abandonei... depois ele

voltô de novo... agora tá cum muito tempo que ele parô... agora me parece que ele tá começano... porque pelos motivo que ele anda... (...) eu só sei que aí, é uma relação assim, aquela relação... ter por ter, cê entendeu?

E4: Ele era um home muito... rude, né... muito estúpido, né... ele era... bebia demais... e várias vezes quis me matá, né... de faca, de revólver... num sei se tem que responde isso... (...) E, depois quando ele queria tê relação, cê acha que tinha prazer? Aí depois eu casei pela segunda vez, e o outro às vezes num tem culpa de nada e a gente fica cum aquilo na cabeça, num é verdade? Aquilo vai ficá pra sempre gravado...

E10: Porque assim, eu vivi um casamento tumultuado... aquela pessoa que bebe, que não tem amor em você, se sujeita a coisa horrível... aí eu separei, e eu num... eu vou descobrir agora... eu acho que vou descobrir agora...

E5: Ah... não é muito... assim, como eu te falei, a gente briga muito... ele é muito... complicado... ele é muito agressivo... (...) Sabe, assim... ele é muito fechado... ele num é, sabe assim... sabe, num é assim muito carinhoso... ele num... num... até ele mesmo, sabe, num gosta, sabe, que acaricia muito ele... ele é... muito fechado, muito... sabe...

E4: Principalmente quando você num tá com vontade, você num tem aquela... num qué sabê, né... você num... qué te relação... (...) Seu, por exemplo, seu esposo, seu marido, qué te obrigá você, e você num qué... fazê na marra... Aí, acontece tudo isso, né... (...) É... quando a gente tá... é... aceita, tudo bem, agora até que num é tanto, a gente às veis sente um poquinho mas num é tanto igual quando a gente às veis num tá quereno, né... (...) Porque quando a gente num qué e faz obrigado, a gente nem... fica dese jeito, né... (...)

Nestes discursos fica evidente que algumas mulheres convivem diariamente com a agressividade do parceiro, com a violência doméstica, e não procuram solucionar tal problema, ou decidem pela separação após longo período de sofrimento, muitas vezes em silêncio, pois não encontram uma rede de apoio para acolhê-las. No caso de E4, a agressividade do parceiro a expôs a relação sexual sem vontade, à força e com dor, o que deixou marcas profundas em sua vida, e na prática sexual com o atual parceiro e a lembrança negativa do relacionamento anterior contribuiu para a manutenção da dispareunia. No caso de E7, E10 e E5, o comportamento ríspido do parceiro, a traição, a agressividade, a ausência de atitudes de carinho e o uso do álcool, também desenvolveram nelas uma lembrança negativa da prática sexual, que vem à tona a cada ato sexual.

Observa-se, ainda, no discurso das mulheres entrevistadas, que da mesma forma que no estudo de Brauer, Laan e Ter Kuile (2006) a diminuição do interesse sexual pode ser tanto resultado da dor como a antecipação da mesma, e a associação com a dispareunia sugere que a desordem de interesse sexual contribui na sua manutenção. Tiefer (2005), também, ressalta que a dispareunia causa grande sofrimento pessoal e conjugal.

Pasqualotto et al. (2005) afirmam que a dispareunia muitas vezes está relacionada com experiências sexuais negativas, que pode estar acontecendo no momento, ou ser uma lembrança negativa que interfere na saúde sexual da mulher. Por tal motivo, conhecer o relacionamento do casal e a história de relacionamentos anteriores é essencial na abordagem da dispareunia. No caso de mudança de parceiro, a participação do parceiro atual é imprescindível no tratamento e acompanhamento desta mulher.

Entre as entrevistadas, a convivência com um companheiro agressivo por muitos anos, que as submeteram a várias situações conflituosas, provocou um sofrimento intenso, que deixou lembranças extremamente negativas que as acompanharão ao longo de suas vidas, mesmo que estejam com parceiros diferentes.

E4: É, pode tê acontecido, né... pela... por causa do meu primeiro esposo, né... (...) Depois... que eu separei dele eu fiquei traumatizada, né... por causa dos fato que aconteceu quando eu tava casada com ele... (...)

E4: Interfere, interfere... por causa que vem sempre aquela lembrança do passado... (...) Eu memo eu falo pra ele, que das veis num é você... é por que a gente é meio que, parece que tá tudo na mente... vem tudo novamente à tona... (...) Ele fala “eu num tenho culpa”, eu falo “cê pode num tê culpa, mas fazê o quê?” (...)

E4: Ele (ex-marido) num importava cum nada, tanto fazia se eu tava de nenê novo, como tá de menstruação, ele queria relação a mesma coisa... ele num respeitava nada... (...) (chora muito) Mas a gente, no caso, já é traumatizada com o outro, sei lá... tem veis que a gente fica, assim dá a impressão da gente tá vivo tudo de novo...

Neste caso, a lembrança negativa de um relacionamento anterior interfere intensamente no novo relacionamento. As experiências das mulheres estudadas são concordantes com a afirmativa de Bozon (2004b) que refere que na sociedade atual existe uma obrigação de se realizar o ato sexual independente da idade, relacionamento ou condição de saúde, ao mesmo tempo, é valorizado um relacionamento com comunicação e respeito. Apesar disso, a construção social dos papéis de gênero colocam a mulher, muitas vezes, em

posição inferior ao homem, estas, segundo o autor, são vistas como detentoras de um desejo moderado e que ainda devem ser “possuídas” pelo parceiro. Este tipo de concepção faz com que mulheres como E4 se submetam a situações traumatizantes e humilhantes por não conseguirem a independência do parceiro.

Essa condição de submissão leva ao fenômeno discutido por Pasqualotto et al. (2005) de que a mulher tolera um certo nível de dor antes de considerá-la como fonte de insatisfação no relacionamento. Entre as mulheres entrevistadas, há uma identificação da dor associada a relacionamentos conflituosos, mas que se mantém apesar da insatisfação gerada e da falta de perspectiva apontada por elas.

E12: Sempre tive essa dor... (...) desde a primeira relação... eu sempre... teve uma época que eu até pensei em desisti, né... falei “ai, o problema é o casamento”... pensei até de... de deixá o casamento... (...) desde a primeira...

E8: Ah... eu acho que ela aparece mais quando tá meio assim... ela fica mais... eu já cheguei a ir embora de casa mesmo... porque, o jeito dele... tudo... mas ele foi atraís de mim, nós voltô... mas mesmo assim, às vezes acho que a gente tá vivo por vivê, cê entendeu? (...)

E8: Ah... aconteceu tanta coisa, se eu for te contá... Mas, esse negócio de... que nem... ele trabalha, o dinheiro dele ele que seja ele que manipula... eu num posso interferi, cê entendeu... porque ele acha que porque ele é o homem... ele é o homem, eu num posso... (...) Acho que a vida não é só arroz, a comida, e acê vivê cum homi... acho que tem que te amor, né... eu falei assim, vamo dá outra chance pra vê se... né... dá impressão que véi por vivê...

E7: Às vezes tem (carinho)... às vezes não... às vezes eu tô nervosa, num quero, então... vai por ir... (...) se tivesse um pouquinho mais de, da parte dele, é... então... porque ele é muito seco comigo, ele é muito seco mesmo... tá com duas semana, que ele trabalha fora, vem só no final de semana... tá com dois domingo que a gente num troca uma palavra... (...) quando é assim, é que ele tá arrumano alguém... ai, fica tudo em mim, eu num presto... só que agora eu já pus na minha cabeça, eu num vô mais chorá, num vô mais ir atraís, num vô... mesmo que eu num dô conta de trabalhá... qué ir, só que aí ele vai e num volta mais... que sempre ele foi, e... apoiei, tirei da cadeia, livre de bandido matá, agora num faço mais nada... nada, nada... agora ele tá assim.

E4: Aí depois que vai melhorano, né... porque já vai acostumano com a pessoa... aí depois do jeito que ele começo fazê, que ele era muito mal, assim, uma pessoa muito rude, estúpida, em vez de melhorá... em vez de melhorá, foi... piorano...

Estas, embora em um outro momento tentaram relacionar a presença da dor a alguma causa física, identificam a relação com o parceiro como principal responsável pelo desenvolvimento da dispareunia. Os problemas de relacionamento identificados por elas foram: as dificuldades financeiras, a agressividade, a ausência de atitudes de amor e respeito, e a traição. O discurso destas mulheres demonstrou que elas convivem com tal situação há muitos anos, e mesmo aquelas que deixaram o relacionamento conflituoso, o fizeram depois de vários anos de sofrimento. Basson et al. (2004) relatam que a percepção da dispareunia pela mulher vai depender da tolerância dela para a dor e do comportamento do parceiro, de hesitação ou insistência.

No século XX o prazer e o orgasmo passaram a ser valorizados, e aumentou o incentivo às práticas sexuais além da penetração, como carícias e masturbação, mas na prática, para muitas, o comportamento em relação à sexualidade pouco mudou (BOZON, 2004a). De acordo com Bozon (2004a) as relações de gênero não foram transformadas pela sexualidade, e muitas mulheres para manter o relacionamento ainda se submetem à agressividade masculina, traição, e a realizar o ato sexual com desconforto, dor e sem vontade, apenas para satisfazer o seu parceiro.

6.4 Busca por ajuda

As mulheres que apresentam dor relacionada ao ato sexual tendem a ser estimuladas pelo parceiro e sentem necessidade de buscar solução para o problema, pois o desconforto torna a prática sexual muito difícil. Apesar da dispareunia estar presente em cerca de 60% das mulheres, quando é definida como episódios de dor no ato sexual, muitas podem apresentar o problema por vários anos e não procurar assistência médica e, em alguns casos, pode ocorrer recuperação espontânea (HEIM, 2001; MEANA et al., 1997a; NORTH; PICKERSGILL, 2005).

No discurso das entrevistadas, a busca por resolução da dispareunia aparece como a busca por uma consulta ginecológica, com exame clínico e de auxílio diagnóstico (citologia oncológica, colposcopia, ultra-som) que possa identificar um possível causador orgânico para esta dor. A fala das mulheres demonstra que estas não relatam a dor para o profissional de saúde em um primeiro momento, esperam que este as questione.

E13: Não... é a primeira vez aqui... (...) Porque eu num gosto muito de vir em médico...

E14: Então... tô procurano agora, né...

E1: Não (falou sobre a dor)... com ninguém... (...) pra falar a verdade eu tinha vergonha até de se abri com o médico... Sempre fez o exame de papanicolaou... nunca deu nada, né... que nem cê falou... que às veis, né...

E2: Não... sempre procuro, assim, um médico pra fazê todos os exames, se não tem nada... não tem nada...(...) não... nunca perguntei... (...) eu penso desse jeito... se nos exames num deu nada, então não tenho o que perguntá, né... que tem os exames que fala tudo, né...

E8: Eu falei assim “vô aproveitá agora que vô fazê papanicolaou e vô falá, né” ... primeira veis que tô falano...

Estas falas demonstram que as mulheres que apresentam dispareunia procuram atendimento esperando o questionamento sobre a dor, e só exteriorizam o problema se sentirem à vontade para falarem sobre ele. No caso de não se sentirem à vontade, e o profissional não as questionar, esperam que nos exames esteja a resposta que explique o motivo de sentirem dor na relação sexual, mas, nem sempre, estes exames apresentam alterações importantes, e estas voltam para casa sem respostas ou uma possível resolução.

Os discursos das mulheres estudadas mostram um ocultamento da ocorrência da dor nos serviços de saúde, e apontam para uma resistência em buscar esclarecimentos acerca dessa ocorrência. Em seus depoimentos observa-se que elas tendem a interpretar a dor desvinculada de um problema de saúde uma vez que, em resultados anteriores de consulta e/ou exames, não se identificou nenhuma alteração orgânica. Essa mesma situação foi apontada por Canavan e Heckman (2000) que afirmam que mesmo entre as mulheres que procuram assistência médica muitas não têm coragem de relatar a dispareunia ao profissional, assim, não encontram respostas para as perguntas que não conseguem exteriorizar. Por tal motivo, Canavan e Heckman (2000) afirmam que é importante incluir na anamnese questões sobre o funcionamento sexual.

Os serviços de saúde, ao oferecerem atendimento de forma mecanizada, não individualizada, sem humanização e não propiciando o vínculo, não facilitam para que a mulher se sinta acolhida a ponto de exteriorizar questões de sua intimidade. Na década de 80 o Brasil deu um passo importante ao propor um tipo de atendimento diferenciado para

mulheres, que levasse em conta não só as questões relacionadas à reprodução. Nesse sentido, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com intuito de oferecer ações voltadas para prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação e não somente assistência ao pré-natal, parto e puerpério como estava sendo oferecido até o momento (GALVÃO, 1999).

Apesar da importância do PAISM, este não foi efetivamente implantado. Galvão (1999) alerta para a importância de sair da teoria e colocar o conceito de saúde da mulher em prática, oferecendo ações e serviços que garantam a saúde integral da mulher incluindo saúde sexual satisfatória com prazer sexual.

Parte das dificuldades das mulheres em relatar aspectos relacionados à sua sexualidade e à dispareunia decorre do fato de que na maioria dos serviços públicos de saúde não se têm a possibilidade de escolher o profissional que irá atendê-las, as consultas são em curto espaço de tempo e não existe a possibilidade de encaminhamentos para outros profissionais mais habilitados na temática da sexualidade. Aliado a isso, elas podem não conseguir atendimento, pois em muitos serviços não há consultas disponíveis ou o atendimento ocorre em alguns meses após a procura, o que faz com que aconteça a desistência do atendimento.

Além de tudo, muitos profissionais não estão preparados para lidar com as disfunções sexuais, mas não assumem para suas pacientes, fornecem informações vagas e não investigam a história sexual para tentar encontrar outros causadores da dispareunia, e assim, não resolvem o problema, o que pode gerar ainda mais constrangimento para a paciente. As mulheres, por sua vez, também, percebem a falta de capacitação dos profissionais para lidar com a dispareunia, minimizando o problema e apontando soluções simplistas para uma ocorrência de grande complexidade. Essa realidade, muitas vezes, desestimula-as a continuar referindo a queixa e permanecem com seu sofrimento.

E10: Não, só com essa minha ginecologista. Mas ela falou pra mim que era falta de lubrificação. Que era falta de libido mesmo... é assim que fala?

E12: Mas daí eu procurei os médico, né, Dr. J., Dr. F., daí ele começô a falá pra mim que eu deveria ficá mais... que eu num uso o anticoncepcional... (...) e... que eu tinha que usá um... vaselina... pra ficá bem lubrificada, né... pra eu senti bem... bem a vontade na hora... ele perguntô “que que cê fica pensano, cê tem que pensá no momento ali, de vocês dois”... mas quando chega esse momento, que cê vai

pensá que vai... que vai acontece, que vai doe... como que cê fica tranqüila? (...) e aí?

E12: Às vezes dói muito, às vezes incomoda muito, às vezes não... (...) Ah, eu acho que meu filhinho já tinha... já tinha filho... eu acho que ele já tinha mais ou menos uns dez anos, ele tem quinze... faz pouco tempo que eu fui buscá informação... (...) eles (os médicos) não sabem explicá... às vezes fala, “cê tem que se soltá mais no momento, na hora que cê tá com seu marido cê tem que desligá do sistema, e procurá mantê a mente aqui, né, nesse momento”... é, funciona... quando cê deixa o sistema, cê desliga dele... à vezes cê tá lá, com seu parceiro, e começa a pensá... (risos) no que cê vai fazê amanhã, que que cê vai fazê de manhã... fica difícil cê desligá totalmente... mas quando... é ... eu me entrego, eu dexo acontece, aí melhora... num incomoda tanto... (...)

Estes discursos demonstram que estas mulheres relataram a dispareunia para profissionais de saúde, e foi sugerido que a causa era a ausência de lubrificação apenas, e não se investigou o que levou a esta diminuição de desejo. A abordagem de mulheres com disfunção sexual começa com a identificação de relacionamentos problemáticos, e além da avaliação clínica, é importante dar escuta ao auto-relato da mulher, e que quanto mais precocemente for diagnosticada, maior a possibilidade de sucesso no tratamento (PASQUALOTTO et al., 2005).

Walton e Thorton (2003) referem que as mulheres que procuram um serviço de atenção primária à saúde geralmente não relatam os sintomas de disfunção sexual em um primeiro momento e o faz somente quando o vínculo com o profissional se estabelece, o que não é possível quando a mulher é impedida de escolher o profissional que vai atendê-la. Os autores afirmam, ainda, que o constrangimento da mulher para lidar com questões referentes à sexualidade é determinado por fatores religiosos, culturais e sociais.

De acordo com Heim (2001), nem todos os profissionais médicos estão aptos, ou se sentem confortáveis para tratar de sexualidade, e para Pasqualotto et al. (2005) muitas mulheres sentem-se constrangidas em iniciar uma conversa em relação aos seus problemas sexuais. Os serviços privados também, muitas vezes, não estão preparados para lidar com os problemas relacionados à sexualidade, e talvez por estes motivos, estes permaneçam sem solução.

Kaler (2005) aponta que lidar com os fatores psicológicos que desencadeiam a dor é o mais difícil para o profissional médico, este normalmente adota tratamentos voltados para etiologia orgânica. No trabalho de Abdo e Oliveira Júnior (2002) os tratamentos mais empregados para dispareunia foram a terapia de reposição hormonal sistêmica e local e

aplicação de lubrificantes. Nos depoimentos das mulheres estudadas o uso de lubrificantes também foi recomendado na presença dessa queixa.

Basson et al. (2004) recomendam, para seguimento da dispareunia, uma abordagem multidimensional e multidisciplinar que envolva a história da dor, acrescida do perfil emocional/psicológico da mulher, além de levantar o passado de mutilação e abuso sexual, aliados a um rigoroso exame ginecológico. Complementando a compreensão da complexidade da dispareunia, nenhum tratamento preconizado, até o momento, tem sido considerado empiricamente válido ou eficaz (BINIK et al., 2002), por tal motivo é que se fazem necessárias maiores pesquisas com esta temática.

Por não acharem respostas para questões que muitas vezes não são feitas, e por não serem questionadas em relação aos aspectos da sexualidade ou não se sentirem à vontade de solucionar suas dúvidas com os profissionais de saúde, as mulheres buscam respostas em revistas, programas de televisão e Internet, como relatado por E12.

E12: O problema tá em mim mesma... eu experimentei... eu fiz uma pesquisa sobre esse assunto, assim, de... né, sobre... a vida íntima, né... como que é... programas na TV também, eu via muito... aí, comecei a descobrir que antes de tê relação com ele, eu tinha que me tocá, sabê onde que tava, né... (...) prazer... Eu fiz exatamente isso, comecei a me tocá pra vê onde que tava, pra conversá com ele, falá pra ele aonde eu queria que ele me tocasse, que ele mexesse comigo... descobri... foi muito bom, né... a partir daí, meu relacionamento fico muito bom com ele... busquei ajuda... (...) Eu mesma, sozinha, né... num contei pra ele... depois é que eu fui passá pra ele o que eu tinha aprendido...

Nesse sentido, seja pela própria motivação em buscar soluções para o problema ou mesmo por encontrar respostas e orientações em linguagem mais acessível, essas fontes tem sido importantes para ajudá-las a superar seus receios e preconceitos relacionados à descoberta de zonas erógenas e de excitação sexual.

No discurso de E12, procurar ajuda em meios de comunicação a auxiliou para amenizar a dispareunia e a redescobrir formas de sentir prazer, pois foi a partir daí que descobriu o clitóris e ensinou seu parceiro a estimulá-la, entretanto, buscar respostas desta forma nem sempre apresenta um impacto positivo, pois a mulher pode não conseguir atingir o padrão proposto, e com isso aumentar sua insatisfação. Na ausência de serviços de saúde que abordem a temática e acolham as mulheres com problemas relacionados à sexualidade, divulgar informações verdadeiras e positivas, que auxiliem na compreensão do que pode estar acontecendo com o seu corpo, pode ser a única alternativa para muitas.

Heim (2001) e Pasqualotto et al. (2005) salientam que obter a história sexual pode ser difícil em razão do constrangimento da mulher, por isso é importante a existência de vínculo entre ela o profissional de saúde, e que nem todos os profissionais médicos estão confortáveis ou preparados para tratar de problemas relativos à sexualidade.

Os problemas relativos à sexualidade para serem exteriorizados, diagnosticados e tratados não dependem de exames de alto custo, mas de procedimentos de baixa densidade tecnológica, como acolhimento, vínculo e escuta. Tais procedimentos são extremamente complexos, pois dependem do conhecimento e envolvimento do profissional de saúde, e da filosofia adotada pelo serviço (PASQUALOTTO et al., 2005). Carpenter e Andersen (2005) salientam que as mulheres que apresentam dispareunia são portadoras de uma diversidade clínica, assim, a abordagem isolada por somente um profissional não garante a resolução do problema.

Por tal motivo é que a resolução da dispareunia depende diretamente da reformulação dos serviços de saúde e de maior conhecimento e preparação profissional, para que ofereçam atendimento humanizado e resolutivo, e que através da escuta e do vínculo possam identificar e resolver problemas tão complexos quanto a dispareunia, e desta forma garantir à mulher a possibilidade de atingir uma saúde sexual satisfatória, com ausência da dor e do sofrimento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de escuta às questões referentes à sexualidade feminina durante o meu exercício profissional me fez refletir e, de certa forma, angustiar-me diante de tantos desabafos que, até então, para mim era um problema de poucas mulheres. Verificar que muitas apresentam dispareunia, a partir do momento em que resolvi ouvir as suas queixas sexuais, angustiou-me ainda mais, pois não conseguia auxiliá-las mesmo que talvez tenham visto em mim a possibilidade de solução para seus problemas.

Durante a revisão bibliográfica pude verificar a ausência de estudos nacionais voltados para a dispareunia, e quando esta é investigada, isso acontece juntamente com outras queixas sexuais, e por isso, não recebe a visualização necessária. Os trabalhos internacionais estudados me trouxeram a dificuldade dos profissionais que pesquisam a dispareunia, pelo fato de esta ser uma queixa de grande complexidade e pouca possibilidade de solução.

A partir do momento, que com o embasamento teórico conseguido com a revisão bibliográfica, fui dar escuta às mulheres que me referiram apresentar dispareunia, no processo de coleta de dados, percebi o quanto os conhecimentos publicados até então, apesar de extremamente importantes, ainda não fornecem uma possibilidade concreta de auxílio no seguimento da dispareunia.

Em seus discursos, as entrevistadas apresentaram uma dor única para cada uma, e ao descrevê-la, algumas a associaram a uma causa física, como o climatério, um mioma uterino ou às alterações celulares apontadas na colpocitologia oncótica. Assim, procuraram associar a presença da dor a alguma causa orgânica identificada durante consultas de rotina, demonstrando relatar esta queixa a profissionais de saúde somente quando se estabelece um vínculo positivo entre as duas partes.

O caráter subjetivo da dor e as diversas influências sofridas em nenhum outro momento foram abordados com estas mulheres, e a etiologia psicossocial, apesar de ter sido identificada por elas durante a entrevista, não foi apontada como causa para o aparecimento da dor. Ao fazer a ligação da dispareunia com alguma causa física, a mulher espera que ao resolvê-la, o problema seja solucionado, o que nem sempre acontece quando o ciclo da dor já estiver perpetuado. Realizar a prática sexual, na presença da dor, sem a possibilidade de solução, gera descontentamento e sofrimento pessoal, e assim a mulher não alcança uma saúde sexual satisfatória.

A presença da dispareunia foi associada também com a posição adotada no ato sexual ou a uma infecção ginecológica, estes fatores podem desencadear a dor, mas mesmo com a resolução deles, o medo da sensação dolorosa pode provocar a contração da musculatura pélvica, o que colabora na manutenção da dor depois da resolução da causa

orgânica. A antecipação da dor também esteve presente na fala das mulheres que relataram não atingir a lubrificação adequada, que realizam o ato sexual sem a estimulação necessária, e a partir daí o medo contribui para que ela esteja presente mesmo quando a estimulação acontece.

Apesar das mulheres descreverem a dor como algo que apenas incomoda, no Questionário de Dor McGill escolheram palavras que demonstraram que esta pode se tornar insuportável e interferir na frequência da prática sexual, causando sofrimento. O questionário também indicou que elas podem estar desqualificando a dor que sentem, e se submetendo à mesma, constantemente, e esta desqualificação durante a anamnese clínica pode favorecer para que o profissional de saúde não procure resolução para o problema.

Nos discursos, as entrevistadas trouxeram uma interferência negativa da dispareunia no desenvolvimento da sexualidade feminina, pois mesmo em sua presença algumas relataram realizar o ato sexual submetendo-se a ela, como algo natural e esperado. Este comportamento de submissão contradiz o conceito de saúde sexual, para o qual o ato sexual deve ser prazeroso e agradável, não expondo a mulher a riscos.

Algumas relataram que a presença da dor é conhecida pelo parceiro, que também, como elas, não sabe como resolver tal problema, e então cobra sua parceira ou reclama pelo fato da não realização da prática sexual, sem questionar a sua participação no desenvolvimento e manutenção da dor.

Na busca pela causa do sofrimento, procuraram nelas mesmas ou nos parceiros, questionando o relacionamento. No entanto, os discursos demonstram que o diálogo em relação à prática sexual não é comum entre os casais, que não procuram estratégias para minimizar a dor, como jogos de sedução e carícias que poderiam auxiliar a preparação feminina para o ato sexual, melhorando a lubrificação e a expansão da vagina e, conseqüentemente, diminuindo a dor.

A experiência dolorosa diminuiu a motivação das mulheres para a prática sexual, mesmo na presença do desejo, o que desagradou alguns parceiros, e assim, fez com que continuassem a realizar o ato sexual, mas em menor intensidade, o que gerou em alguns casos insatisfação e retaliações do parceiro, fazendo com que as mulheres se sentissem inseguras, frustradas e insatisfeitas com a prática sexual. Muitas relacionaram a insatisfação com a ausência de desejo, segundo elas causado por um relacionamento ruim, devido às brigas e ao medo da traição, ou a ausência de experiências sexuais positivas anteriormente.

Nos discursos, verificou-se que as mulheres não receberam orientação sexual durante o seu desenvolvimento pessoal, suas falas trouxeram diferentes experiências em

relação à educação sexual, como um relacionamento entre pais e filhos em que falar sobre sexualidade era algo impensável, e o comportamento dos pais não facilitava qualquer questionamento a esse respeito. Nesse contexto, em alguns casos a escola foi a instituição responsável pela orientação sexual, repassando informações de cunho biológico e normas ditadas pela sociedade. As informações recebidas em rodas de amigos também foi constante na fala das mulheres, o que poderia estar impregnada de tabus e preconceitos, difundindo normas de funcionamento não verdadeiras.

Para algumas, que tiveram a oportunidade de conversar com os pais sobre sexualidade, esta conversa apareceu pautada por repressão, valorizando o controle feminino e associando o ato sexual sem a finalidade de procriação como algo negativo. Esta educação sexual repressiva pode ter contribuído para que as entrevistadas desenvolvessem a dispareunia.

Outra conduta adotada pelos pais para procurar reduzir os riscos de contrair uma doença sexualmente transmissível foi aconselhar a abstinência sexual ou apenas citar a existência do preservativo masculino, sem nenhuma orientação de como utilizar esse método com responsabilidade.

Os discursos não trouxeram a educação sexual que receberam como incentivadora de uma vida sexual saudável, com responsabilidade e prazer. Apesar disso, para algumas das entrevistadas o relacionamento com o parceiro apareceu como algo positivo, que possibilita o diálogo, e assim facilita a abordagem da dor no âmbito do casal. Embora entenda que a dispareunia seja um problema da mulher, em alguns casos, o parceiro colocou-se à disposição para auxiliá-la na sua resolução.

Para outras, o relacionamento mostrou-se conflituoso, com brigas, agressividade e infidelidade, o que poderia gerar ou agravar a dispareunia, pois além da dor também diminuiu a motivação da mulher para realizar o ato. Algumas mulheres identificaram o relacionamento conflituoso como a principal causa da dispareunia, mesmo assim convivem com a dor por muitos anos, e mesmo que desfaçam o relacionamento, a lembrança negativa do relacionamento anterior faz com que a dor continue presente.

Embora as mulheres tenham somado conquistas a partir do Movimento Feminista, a sua posição de submissão em relação a questões referentes à sexualidade, ditadas pela assimetria das relações de gênero, ainda causa insatisfação e sofrimento. Os resquícios do período repressivo, em que lhe foi negada a possibilidade de sentir prazer, ainda se fazem presentes na formação da identidade sexual de muitas mulheres. Estes fatores comprovam que

as mudanças não ocorrem da mesma forma para todas, e que cada uma delas é dona de uma história única, cheia de significados.

Fazendo esta reflexão é que penso ser o discurso sobre a prática sexual, divulgado nos dias de hoje, bem diferente daquilo que as mulheres vivenciam quando recebem alguma informação dos pais ou na escola no processo de educação sexual, e também no relacionamento com o parceiro. Isto porque, mesmo com toda a autonomia referida à mulher, com relações quase igualitárias aos homens em muitos aspectos, ainda existe uma submissão sexual, em que a mulher se sujeita à prática sexual sem vontade, com dor, apenas para satisfazer o parceiro e cumprir o seu “dever”. Esta realidade é confirmada pelos números alarmantes de mulheres que sofrem violência doméstica e sexual, embora muitas ainda passem por isso em silêncio.

Na busca por uma solução, as entrevistadas demonstraram não encontrar espaço apropriado para relatar queixas tão íntimas, então, esperam que os profissionais as questionem. Os profissionais, por sua vez, realizaram exames em que não encontraram a causa da dor, e por isso, aconselharam-nas a esquecer de seus problemas e dos episódios anteriores de dor.

A definição de dor como uma experiência desagradável associada a um dano tecidual apareceu impregnada não só nos discursos das mulheres, mas também nas condutas dos profissionais de saúde. Em alguns casos, ficou evidente o despreparo destes profissionais que sugerem como causa da dispareunia apenas a falta de lubrificação relatada pelas mulheres, sem investigar o que possa ter levado à diminuição do desejo. Como não conseguiram solucionar o problema com a ajuda de profissionais de saúde, os discursos apontaram que elas buscaram os meios de comunicação para auxiliá-las.

As possibilidades de tratamento oferecidas para portadoras de disfunções sexuais, entre elas a dispareunia, parecem não considerar toda a multiplicidade de fatores envolvidos. Como orientar um auto-reconhecimento corporal a mulheres que durante seu desenvolvimento pessoal aprenderam que masturbação não é coisa para mulher, e que se tocar é proibido e feio? Muitas foram repreendidas pelos pais quando tocavam sua genitália durante a infância, repreensão feita inclusive com agressões físicas. Como sugerir à mulher que aumente seu cardápio sexual, realize fantasias eróticas, se muitas vezes o seu parceiro não dá abertura para isso, ou este comportamento para ela foi aprendido como vulgar? Como orientar a mulher a realizar uma masturbação mútua antes da penetração se muitas vezes o parceiro não aceita ou não colabora nas preliminares do ato sexual? Como sugerir o uso de lubrificantes, se esta prática pode inibir ainda mais a mulher?

Nestes três anos que venho estudando a dispareunia, a minha angústia somente aumentou, pois com a finalização deste trabalho chego à conclusão que este é só um começo, porque não consegui através dele encontrar a solução para a dispareunia, o que de certa forma já era esperado. Mas através deste trabalho compreendi que a dor relacionada ao ato sexual é muito mais complexa e prevalente do que eu poderia imaginar, e culmina em sofrimento silencioso, portanto, é de extrema necessidade dar maior visibilidade a este tema.

Entendo que sugerir ou orientar a mulher em relação a qualquer técnica que possa minimizar os efeitos das disfunções sexuais só pode ter efeito se isso acontecer concomitantemente com um trabalho interdisciplinar. Nesse processo, a participação do parceiro é fundamental, pois a dispareunia é uma queixa do casal, e não da mulher, que sozinha não apresenta dor, somente quando está participando do ato sexual juntamente com ele, que colabora no desenvolvimento e manutenção da sensação dolorosa. Além disso, diversos profissionais precisam estar envolvidos neste processo, como médicos de diferentes especialidades, psicólogos, enfermeiros, terapeutas corporais, entre outros.

A consulta de enfermagem é uma estratégia que pode ser utilizada pelo profissional enfermeiro que atua na atenção primária à saúde para identificar todos os fatores envolvidos na manutenção da dispareunia, pois utilizando procedimentos de baixa densidade tecnológica, como acolhimento, escuta e vínculo, o enfermeiro pode auxiliar a equipe a identificar a dispareunia. Para tanto, os serviços de saúde precisam se reestruturar, fazendo com que a atenção primária seja oferecida não somente como serviços desqualificados e não resolutivos, mas sim como o primeiro nível de uma atenção continuada que articula todos os serviços.

Resolver a dispareunia não é fácil, nem é simples, necessita de procedimentos de baixa densidade tecnológica, mas altamente complexos, pois exigem um grande conhecimento, envolvimento e responsabilização dos profissionais envolvidos, mas também de serviços que trabalhem com a filosofia do Sistema Único de Saúde em sua teoria, com integralidade e resolutividade, que considerem todas as dimensões do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, mai/jun. 2006.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM IV). 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 880 p.

ÁVILA, M. B. M. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão, L.; Diaz, J. (Orgs.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Ed. Hucitec/Population Council, 1999. p. 70-103.

ARAÚJO, E. A arte da sedução: sexualidade feminina na colônia. In: DEL PRIORE (Org.), BASSANEZZI, C. (Coord.). *História das mulheres no Brasil*. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2002. p. 45 – 77.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1977. 223 p.

BASSON, R.; ALTHOF, S.; DAVIS, S.; FUGI-MEYER, K.; GOLDSTEIN, I.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; ROSEN, R.; WAGNER, G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, v. 1, n. 1, p. 24-34, nov. 2004.

BASSON, R. Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001.

_____. The Female Sexual Response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000a.

BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; DEROGATIS, L.; FERGUSON, D.; FOURCROY, J.; GOLDSTEIN, I.; GRAZIOTTIN, A.; HEIMAN, J.; LAAN, E.; LEIBLUM, S.; PADMA-NATHAN, H.; ROSEN, R.; SEGRAVES, K.; SEGRAVES, R. T.; SHABSIGH, R.; SIPSKI, M.; WAGNER, G.; WHIPPLE, B. Report of the international consensus

development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, v. 163, n. 3, p. 888 – 893, mar. 2000b.

BINIK, Y. M.; REISSING, E.; PUKALL, C.; FLORY, N.; PAYNE, K. A.; KHALIFÉ, S. The female sexual pain disorder: genital pain or sexual dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*, v. 31, n. 5, p. 425-429, oct. 2002.

BINIK, Y. M. Dyspareunia looks sexy on first but how much pain will it take for it to score? A reply to my critics concerning the DSM Classification of dyspareunia as a sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 63-67, feb. 2005a.

_____. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 11-21, feb. 2005b.

BOZON, M. *Sociologia da Sexualidade*. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004a. 170 p.

_____. A nova normatividade das condutas sexuais ou a dificuldade de dar coerência às experiências íntimas. In: HEILBORN, M. L. (org) *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004b. p. 119-153.

BRANDÃO, E. R. Iniciação Sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. . In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. p. 63- 86.

BRAUER, M.; LAAN, E.; TER KUILE, M. M. Sexual arousal in women with superficial Dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, v. 35, n. 2, p. 191-200, apr. 2006.

BRUNS, M. A. T.; ALMEIDA, S. *Sexualidade*: preconceitos, tabus, mitos e curiosidades. Campinas: Ed. Átomo, 2004. 82 p.

CANAVAN, T. P.; HECKMAN, C .D. Dyspareunia in women. Breaking the silence is the first step toward treatment. *Postgraduate Medicine*, v.108, n. 2, p. 149-166, aug. 2000.

CARPENTER, K. M.; ANDERSEN, B. L. Reclassification will not make the pain go away. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 26-28, feb. 2005.

DENNERSTEIN, G. Dyspareunia and DSM: a gynecologist's opinion. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 28, feb. 2005.

DUNNE, M. P.; NAJMAN, J. M. Is dyspareunia unrelated to early sexual abuso? *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 28-30, feb. 2005.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 152 p.

_____. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 246 p.

GALVÃO, L. Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde da Mulher e Saúde Materna: A Evolução dos Conceitos no Mundo e no Brasil. In: Galvão, L.; Diaz, J. (Orgs.). *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Ed. Hucitec/Population Council, 1999. p. 165 – 179.

GIDDENS, A. *A transformação da Intimidade – Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. São Paulo: Ed. UNESP, 1993. 228 p.

GLATT, A. E.; ZINNER, S. H.; MC CORMACK, W. M. The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, v. 75, n. 3, p. 433-6, jun. 1990.

GRAZIOTTIN, A. Why Deny Dyspareunia Its Sexual Meaning? *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 32-34, feb. 2005.

HAYES, R. D.; DENNERSTEIN, L.; BENNETT, C. M.; KOOCHAKI, P. E.; LEIBLUM, S. R.; GRAZIOTTIN, A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*, v. 87, n. 1, p. 107-112, jan. 2007.

HEILBORN, M. L. (Org). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. 156 p.

_____. *Sexualidade – olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 206 p.

HEIM, L. J. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *American Family Physician*, v. 63, n. 8, p.1535-44, abr. 2001.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 06 jun. 2008.

JAMIESON, D. J.; STEEGE, J. F. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics & Gynecology*, v. 87, p. 55-8, jun. 1996.

KADRI, N.; ALAMI, K. H .M.; TAHIRI, S. M. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health*, v. 5, n. 2, p. 59-63, oct. 2002.

KALER, M. Classifying pain: what's at stake for women with dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 34-36, feb. 2005.

KAPLAN, H. S. Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 3, p. 3-9, 1979.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Society*, v. 281, p. 537-544, 1999.

LEVINE, S. B. A slightly different idea. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 38-39, feb. 2005.

LOURO, G. L. *O corpo educado* – pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 176 p.

LOYOLA, M. A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M. L. *Sexualidade* – olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 31 – 39.

MARKOS, A. R. Dyspareunia: a pain disorder or sexual dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 39-41, feb. 2005.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *Human Sexual Response*. Boston, MA: Little, Brown; 1966.

MEANA, M.; BINIK, Y. M.; KHALIFÉ, S.; BERGERON, S.; PAGIDAS, K.; BERKLEY, K. J. Dyspareunia: more than bad sex. *Pain*, n.71, p. 211-212, 1997a.

MEANA, M.; BINIK, Y. M.; KHLIFÉ, S.; COHEN, D. R. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics & Gynecology*, v. 90, n. 4, p. 583-589, apr. 1997b.

MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. *Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas*. A vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 550 p.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

_____. *O desafio do conhecimento – metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. 2. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998. 270 p.

NORTH, C.; PICKERSGILL, A. An unusual case of dyspareunia. *Gynecological Surgery*, v. 2, n. 4, p. 297-299, dec. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. 168 p.

PASQUALOTTO, E. B.; PASQUALOTTO, F. F.; SOBREIRO, B. P.; LUCON, A. M. Female Sexual Dysfunction: the important points to remember. *Clinics*, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 51-60, jan./feb. 2005.

PAYNE, K. Making the Case for Sexual Pain: Let's Not Throw Out the Baby with the Bath Water. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 46-48, feb. 2005.

PETCHESKY, R. P. Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: Parker, R.; Barbosa, R. (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades, poder*. São Paulo: Ed. 34, IMD/UERJ, 1999. p. 15 – 38.

PETOK, W. D. A practical approach to evaluating female sexual dysfunction. *OBG Management*, v. 11, p. 68-78, mar.1999.

PIMENTA, A. M. P.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a lingual portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 30, n. 3, p. 473-83, dez. 1996.

PITANGUI, A. C. R. *Avaliação do efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no alívio da dor pós-episiotomia em primíparas submetidas ao parto normal*. 2007. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

REISSING, E. D.; BINIK, Y. M.; KHALIFÉ, S.; COHEN, D.; AMSEL, R. Vaginal Spasm, Pain, and Behavior: Na Empirical Investigation of the Diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, v. 33, n. 1, p. 05-17, feb. 2004.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. *O método de Análise de Conteúdo* – uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; FERGUSON, D.; D'AGOSTINO, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

SALEM, T. “Homem... já viu, né?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. p. 15 – 61.

SCHULTZ, W. W.; BASSON, R.; BINIK, Y. M.; ESCHENBACH, D.; WESSELMANN, U.; LANKUELD, J. V. Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*, v. 2, n. 3, p. 301-316, may 2005.

SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>>. Acesso em: 06 jun. 2008.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.10, n. 3, p. 446-7, maio-junho 2002.

SOUZA, L. **Avaliação da efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea convencional para alívio de dor pós-cesárea**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

TIEFER, L. Dyspareunia is the only valid sexual dysfunction and certainly the only important one. *Archives of Sexual Behavior*, v. 34, n. 1, p. 49-51, feb. 2005.

UZIEL, A. P. Homossexualidade e parentalidade: ecos de uma conjugação. In: HEILBORN, M. L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004. p. 87 – 117.

VILLELA, W. V.; ARILLHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. *Sexo & Vida* – Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. Unicamp: 2003. p. 95-149.

WALTON, B; THORTON, T. Female Sexual Dysfunction. *Current Women's Health Reports*, v. 3, p. 319-326, 2003.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L (Org.). *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 37 – 82.

WURN, L. F.; WURN, B. F; KING, R.; ROSCOW, A. S.; SCHARF, E. S.; SHUSTER, J. J. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by Manual Physical Therapy Technique. *Medscape General Medicine*, v. 6, n. 4, dec. 2004.

APÊNDICE

Apêndice A

Quadro I: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo idade, naturalidade, procedência, estado civil, religião, escolaridade e renda familiar.

Nº	Idade	Naturalidade	Procedência	Estado Civil	Religião	Escolaridade	Renda Familiar (Salários mínimos)
E1	44	Guzolândia	Cardoso	Casada	Evangélica	Fundamental – 1º ciclo	3
E2	46	Araraquara	Cardoso	Amasiada	Católica	Fundamental – 2º ciclo incompleto	5
E3	35	São Paulo	Cardoso	Casada	Candomblé	Ensino Médio completo	5
E4	59	Votuporanga	Cardoso	Casada	Evangélica	Fundamental – 1º ciclo	Não sabe
E5	27	Riolândia	Cardoso	Casada	Católica	Ensino Médio incompleto	1
E6	22	Cardoso	Cardoso	Amasiada	Não tem	Fundamental – 2º ciclo incompleto	½
E7	51	Riolândia	Cardoso	Casada	Católica	Fundamental – 1º ciclo	2
E8	20	Cardoso	Cardoso	Casada	Evangélica	Ensino Médio incompleto	3
E9*	42	Cardoso	Sta Fé do Sul	Casada	Católica	Ensino Médio incompleto	4
E10	29	Cardoso	Cardoso	Separada	Não tem	Ensino Médio completo	4
E11	29	Cardoso	Cardoso	Solteira	Evangélica	Ensino Médio completo	2
E12	36	Cardoso	Cardoso	Casada	Testemunha de Jeová	Fundamental – 2º ciclo incompleto	5
E13	52	Pedranópolis	Cardoso	Viúva	Espírita	Fundamental – 1º ciclo incompleto	5
E14	21	Cardoso	Cardoso	Solteira	Espírita	Ensino Superior incompleto	Não sabe
E15	37	Cardoso	Cardoso	Casada	Não tem	Fundamental – 1º ciclo	< 1
E16	18	Ribeirão Preto	Sertãozinho	Casada	Não tem	Ensino Médio completo	2
E17	26	Cardoso	Cardoso	Amasiada	Católica	Ensino Fundamental incompleto	1

* Entrevista perdida no processo de gravação.

Apêndice B**ROTEIRO PARA ENTREVISTA ⁵**

1. Entrevista n° _____
2. Qual a sua idade?
3. Onde você nasceu e qual a sua procedência?
4. Qual é o seu estado civil atual?
5. Qual a sua religião?
6. Há quanto tempo está inserida nesta religião?
7. Você é atuante dentro de sua religião
8. Você estudou até que série? Se não concluiu os estudos, qual foi o motivo?
9. Qual é a sua renda familiar?
10. Como você classifica esta dor que sente relacionada ao ato sexual?
11. Há quanto tempo você tem este problema?
12. Você acha que esta dor está relacionada com alguma coisa que aconteceu na sua vida?
13. Você tem vontade de ter relação sexual com seu parceiro?
14. Durante a relação sexual, você percebe se você fica lubrificada?
15. Quando você tem estimulação sexual/relação sexual, você costuma atingir o orgasmo?
16. Como é o relacionamento com o seu parceiro?
17. Esta dor interfere de alguma forma na sua vida e/ou no relacionamento com o seu parceiro? Se sim, de que forma?
18. Você teve este problema com outros parceiros?
19. Você já procurou tratamento para esta dor?
20. Como é para sua família falar sobre sexualidade?
21. Como foi sua criação em relação à sexualidade?
22. Você está satisfeita com sua vida sexual?

⁵ As questões utilizadas na coleta de dados são baseadas nos trabalhos de Petok (1999), Canavan e Heckman (2000) e no índice de função sexual feminina (Female Sexual Function Index, FSFI) (ROSEN et al., 2000).

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

NOME DA PESQUISA: Dispareunia sub-relatada – investigação da queixa de dor relacionada ao ato sexual e suas conseqüências na Saúde Sexual de mulheres.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Larissa Gerin

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida

Esta pesquisa tem como objetivo identificar se as mulheres têm dor relacionada ao ato sexual, compreender de que maneira esta dor interfere na sexualidade feminina e compreender também o significado atribuído pelas mulheres à sua sexualidade. A coleta de dados será feita através de entrevista, após a coleta do exame de Papanicolaou, com duração de aproximadamente 15 minutos, em sala reservada, na própria unidade de saúde. Será realizada uma entrevista, utilizando-se um roteiro com perguntas abertas, sendo toda a entrevista, desde que você concorde será gravada para que não se perca informações ou mesmo para que o entrevistador não interfira com sua interpretação nas respostas. As perguntas serão referentes à identificação da mulher; se sente ou não dor antes, durante ou depois da relação sexual; o relacionamento com o parceiro e de que forma vivencia sua sexualidade.

Não haverá manipulação física, dor ou desconforto durante a pesquisa, a qual será realizada em um único encontro.

Sua participação não é obrigatória, ou seja, você decidirá em participar ou não deste estudo. Se você concordar em participar, poderá desistir em qualquer momento da pesquisa, sem precisar apresentar justificativas para essa desistência, retirando seu consentimento a qualquer momento. Essa desistência não fará com que você seja prejudicada em nenhum atendimento deste serviço de saúde. Você poderá receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa a que será submetida, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando deste estudo. Você não será identificada em momento algum e será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade, pois ficarão registradas apenas as iniciais do seu nome. Não haverá nenhum gasto decorrente da pesquisa, pois a entrevista ocorrerá após o seu atendimento no serviço de saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão nos fornecer condições de entender melhor a dor que algumas mulheres sentem e que está relacionada ao ato sexual, podendo alertar profissionais de saúde para melhor se capacitarem em relação a esta queixa que causa sofrimento a muitas mulheres, e também auxiliar em pesquisas futuras para melhorar o diagnóstico e tratamento desta dor.

Eu, _____,

RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta pesquisa como forma de contribuir com o responsável que subscreve este documento.

Cardoso, _____, de _____ de _____.

Paciente

Pesquisadora Responsável

Larissa Gerin COREN nº 99815 Rua Padre Feijó 400 apto 304 Ribeirão Preto/SP CEP 14050-360 telefone para contato (16) 36358762 ou (17) 97262445.

ANEXO

Anexo A

Questionário de dor McGill

Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual. Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo, a mais adequada para a descrição da sua dor.

1	5	9	13	17
1 - vibração	1 - beliscão	1 - mal localizada	1 - amedrontadora	1 - espalha
2 - tremor	2 - aperto	2 - dolorida	2 - apavorante	2 - irradia
3 - pulsante	3 - mordida	3 - machucada	3 - aterrorizante	3 - penetra
4 - latejante	4 - cólica	4 - doída		4 - atravessa
5 - como batida	5 - esmagamento	5 - pesada		
6 - como pancada				
2	6	10	14	18
1 - pontada	1 - fisgada	1 - sensível	1 - castigante	1 - aperta
2 - choque	2 - puxão	2 - esticada	2 - atormenta	2 - adormece
3 - tiro	3 - em torção	3 - esfolante	3 - cruel	3 - repuxa
		4 - rachando	4 - maldita	4 - espreme
			5 - mortal	5 - rasga
3	7	11	15	19
1 - agulhada	1 - calor	1 - cansativa	1 - miserável	1 - fria
2 - perfurante	2 - queimação	2 - exaustiva	2 - enlouquecedora	2 - gelada
3 - facada	3 - fervente			3 - congelante
4 - punhalada	4 - em brasa			
5 - em lança				
4	8	12	16	20
1 - fina	1 - formigamento	1 - enjoada	1 - chata	1 - aborrecida
2 - cortante	2 - coceira	2 - sufocante	2 - que incomoda	2 - dá náusea
3 - estraçalha	3 - ardor		3 - desgastante	3 - agonizante
	4 - ferroadada		4 - forte	4 - pavorosa
			5 - insuportável	5 - torturante

Número de descritores	Índice de dor
Sensorial _____	Sensorial _____
Afetivo _____	Afetivo _____
Avaliativo _____	Avaliativo _____
Miscelânea _____	Miscelânea _____
TOTAL _____	TOTAL _____

Sub-grupos de 1 a 10 – respostas sensitivas

Sub-grupos de 11 a 15 – respostas de caráter afetivo

Sub-grupo 16 – avaliativo

Sub-grupos de 17 a 20 – miscelânea

Anexo B



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 188/2006

Ribeirão Preto, 06 de outubro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 3ª Reunião Extraordinária, realizada em 04 de outubro de 2006.

Protocolo: nº 0714/2006

Projeto: DISPAREUNIA SUB-RELATADA – INVESTIGAÇÃO DA QUEIXA DE DOR RELACIONADA AO ATO SEXUAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE SEXUAL DE MULHERES

Pesquisadores: Ana Maria de Almeida
Larissa Gerin

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

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Ana Maria de Almeida
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP