Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA

**Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres
submetidas à laqueadura tubária no município de
Ribeirão Preto (São Paulo – Brasil)**

RIBEIRÃO PRETO (SP)

2007

RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA

**Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas
à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto
(São Paulo – Brasil)**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira.

Ribeirão Preto

2007

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

Pacagnella, Rodolfo de Carvalho

Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto (São Paulo – Brasil) – SP. Ribeirão Preto, 2007. 194 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde da Comunidade.

Orientadora: Vieira, Elisabeth Meloni.

1. sexualidade feminina. 2. disfunção sexual feminina. 3. métodos contraceptivos. 4. laqueadura tubária. 5. instrumento de investigação. 6. questionário

FOLHA DE APROVAÇÃO

PACAGNELLA, Rodolfo C.

Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto (São Paulo – Brasil) – SP. Ribeirão Preto, 2007.

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira (Orientadora)

Instituição: FMRP – USP Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Carmita Helena Najjar Abdo

Instituição: FM - USP Assinatura: _____

Prof. Dr. Francisco José Cândido dos Reis

Instituição: FMRP - USP Assinatura: _____

*À minha esposa e companheira, Carina, que soube dividir comigo as angústias
e glórias do dia-a-dia e ao lado de quem as incertezas puderam se transformar
em caminhos.*

AGRADECIMENTO

Nesse momento é imprescindível agradecer a algumas pessoas que me auxiliaram diretamente na elaboração deste trabalho, porém, meu caminho sempre esteve repleto de grandes amigos e mestres a quem reconheço.

À minha colega de trabalho Mariana Giardini e em especial à minha colega de trabalho e mestrado, Adriana Martins Rodrigues que me ajudou a diminuir as dificuldades do campo e de todo o percurso, e fez o caminho mais divertido.

À minha querida irmã, Raquel, companheira de trajeto e incertezas.

Aos funcionários e professores do Departamento de Medicina Social, em particular à Carol, Mônica e Solange, que encurtaram algumas distâncias.

Ao professor Edson Martinez e a Davi Aragon que me ajudaram a entender que os números podiam dizer algo.

Aos meus amigos Daniel Küpper, Raphael Tobias, Paulo Araújo, Fernando Netto, Carla Zéglio e Oswaldo Martins Rodrigues JR, que de diferentes formas estiveram presentes em momentos distintos, acadêmicos ou não.

À minha família, Sílvia, José Carlos, Rafael, Neuza, José João, Júlia, Oswaldo e meus Tios, com quem aprendi valores inalienáveis e que, juntos, são minha sólida referência.

À minha orientadora, Profa. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira, com quem, apesar das dificuldades, aprendi a importância do trabalho acadêmico e quem me ensinou, além de tudo, ter paciência e perseverança.

“I think, dearest Uncle, you cannot really wish me to be the "Mamma d'une nombreuse famille," for I think you will see with me the great inconvenience a large family would be to us all, and particularly to the country, independent of the hardship and inconvenience to myself; men never think, at least seldom think, what a hard task it is for us women to go through this very often.”

Carta da Rainha Victoria da Inglaterra ao Rei da Bélgica. 5 de Janeiro de 1841.

RESUMO

PACAGNELLA, R. C. Ocorrência de disfunção sexual entre mulheres submetidas à laqueadura tubária no município de Ribeirão Preto (São Paulo – Brasil) – SP. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

Introdução: Embora a contracepção seja bastante prevalente no Brasil (77%), apenas dois métodos predominam: o contraceptivo hormonal oral e a esterilização cirúrgica (LT). No entanto a LT não é inócua e pode trazer diversas conseqüências para a vida dessas mulheres que se submetem a ela. Dentre estas pode estar a deterioração da função sexual o que seria contraditório visto que a LT objetiva uma vida sexual melhor, menos atemorizada pelo medo da gravidez. O presente estudo teve como objetivo avaliar a função sexual de mulheres submetidas à LT. **Métodos:** Estudo transversal de 235 casos, representativos de 1826, com dados obtidos através de inquérito da função sexual entre as mulheres laqueadas pelo SUS em Ribeirão Preto(SP) entre 2000 e 2004, utilizando-se o *Female Sexual Function Index (FSFI)* adaptado para o contexto brasileiro. **Resultados:** As entrevistadas tinham em média 35,9 anos e foram esterilizadas em média aos 33,3 anos; 89,8% estavam em união marital, 57,9% declararam-se brancas e 66,8%, católicas, tinham em média 6,1 anos de estudo e 76,6% pertenciam às classes C e D; 93,4% referiram ter um bom relacionamento conjugal e 59,5% declararam que o relacionamento não mudou após o procedimento. A média de filhos vivos foi 3,2, resultaram aborto 8,8% das gestações, 71,2% resultaram partos vaginais e 28,8%, cesáreas; 52,3% usaram pílula 6 meses antes da cirurgia; 98,7% responderam estar satisfeita com a cirurgia e 6,8% referiram dor pélvica. Em geral, 32,5% das mulheres apresentaram escores de índice com risco para disfunção sexual medido pelo FSFI. Foi observada associação entre a variável disfunção sexual e categoria de escolaridade, renda per capita, dor pélvica, número de gravidezes, número de partos vaginais e de cesáreas. Observou-se correlação negativa entre o escore de função sexual e o número de filhos vivos e correlação positiva entre o escore e renda familiar, renda per capita e os valores de classificação econômica. **Conclusão:** A partir dos dados obtidos, pôde-se observar que dentre as mulheres laqueadas do estudo a presença de disfunção sexual estava associada à dor pélvica e maior número de cesarianas, assim como a situações ligadas à vulnerabilidade social (baixa renda e escolaridade e maior número de filhos).

Palavras-chave: sexualidade feminina; disfunção sexual feminina; métodos contraceptivos; laqueadura tubária; instrumento de investigação; questionário.

ABSTRACT

PACAGNELLA, R. C. Occurrence of sexual dysfunction among sterilized women in Ribeirão Preto (São Paulo - Brazil) - SP. Ribeirão Preto, 2007. Dissertation (Master's degree) - University of Medicine. University of São Paulo.

Introduction: Although contraception is high prevalent in Brazil (77%), only two methods prevail: the hormonal pills and the surgical sterilization. However female sterilization is not innocuous and it can bring several consequences for those women's life. Among these consequences it can be to deterioration of the sexual function what is contradictory sees that the use of contraceptive methods aims at a better sexual life, less frightened by the fear of pregnancy. The present study had as objective evaluates the women's sexual function submitted to LT. **Methods:** prevalence study of 235 cases, representative of 1826, with data obtained through inquiry of the sexual function among the women sterilized by the public health system in Ribeirão Preto(SP) between 2000 and 2004. There has been used the Sexual Female Function Index (FSFI) adapted for the Brazilian context. **Results:** The interviewees were 35,9 years old on average and they were sterilized on average to the 33,3 years; 89,8% were in marital union, 57,9% pronounced white and 66,8%, catholic, they had on average of 6,1 years of study and 76,6% belonged to the classes C and D; 93,4% referred to have a good matrimonial relationship and 59,5% declared that the relationship didn't change after the procedure. The alive children's average was 3,2, 8,8% of the gestations resulted abortion, 71,2% resulted vaginal childbirths and 28,8%, cesarean; 52,3% used pill 6 months before the surgery; 98,7% answered to be satisfied with the surgery and 6,8% referred pelvic pain. In general, 32,5% of the women presented index scores with risk for sexual dysfunction measured by FSFI. Association was observed between the variable sexual dysfunction and education category, per capita income, pelvic pain, number of pregnancies, number of vaginal childbirths and of Cesarean. Negative correlation was observed between the score of sexual function and the number of alive children and positive correlation among the score and surrender family, per capita income and the values of economical classification. **Conclusion:** Starting from the obtained data, it could be observed that among the sterilized women the presence of sexual dysfunction was associated to the pelvic pain and larger number of cesarean operations, as well as linked situations to the social vulnerability (low income and education and larger number of children).

Key word-: female sexuality; female sexual dysfunction; contraceptive methods; female sterilization; investigation instrument; questionnaire.

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1. Ciclo alternativo da resposta sexual – Adaptado de Basson (2001) 46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos escores de desejo segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004 117

Gráfico 2. Distribuição dos escores de excitação segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004 118

Gráfico 3. Distribuição dos escores de lubrificação segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004 119

Gráfico 4. Distribuição dos escores de orgasmo segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004 120

Gráfico 5. Distribuição dos escores de satisfação segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004 121

Gráfico 6. Distribuição dos escores de dor segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004 122

Gráfico 7. Curvas ROC de cada domínio do IFSF em relação ao ponto de corte 26 do escore total 125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação e definições das disfunções sexuais femininas.....	47
Quadro 2. Versão original do FSFI em inglês.	83
Quadro 3. Versão final do FSFI em português.....	85
Quadro 4. Escores de avaliação do Female Sexual Function Index.....	85
Quadro 5. Quadro hipotético das relações entre as variáveis.....	90
Quadro 6. Curvas ROC de cada domínio do IFSF em relação ao ponto de corte 26 do escore total.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Resultados da avaliação do significado geral e referencial (etapa 3) – somente resultados com significado geral alterado e significado referencial diferente de 100%	77
Tabela 2-Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento em inglês e duas versões em português: exemplos das modificações	78
Tabela 3-Laqueaduras realizadas de 2000 a 2004 pela SUS em Ribeirão Preto, e amostra utilizada no estudo por ano (em número de casos)	91
Tabela 4 - Características sociodemográficas e educacionais das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004, Ribeirão Preto, SP.....	97
Tabela 5- Distribuição da característica do relacionamento conjugal das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004, Ribeirão Preto (SP).	100
Tabela 6 - Distribuição da mudança da característica do relacionamento conjugal após o procedimento da laqueadura entre as mulheres esterilizadas nos anos de 2000 a 2004 em Ribeirão Preto (SP).	101
Tabela 7- Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo número de filhos vivos.	102
Tabela 8 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo número de gravidezes.....	102
Tabela 9 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo resultado da gestação.....	103
Tabela 10- Distribuição da amostra segundo frequência de abortos	103
Tabela 11 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo tipo de resolução da gravidez.....	104
Tabela 12- Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo tipo de parto	104
Tabela 13 - Distribuição de frequência de partos vaginais entre mulheres esterilizadas no período de 2000 a 2004 em Ribeirão Preto (SP).	105
Tabela 14- Distribuição de frequência de partos cesárea entre mulheres esterilizadas no período de 2000 a 2004 em Ribeirão Preto (SP).	105
Tabela 15–Distribuição segundo primeiro MAC usado nos 6 meses antes da cirurgia pelas mulheres submetidas à esterilização cirúrgica entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP).....	106
Tabela 16-Distribuição de acordo com segundo MAC usado nos 6 meses antes da cirurgia pelas mulheres submetidas à esterilização cirúrgica entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP).....	106
Tabela 17- Distribuição por faixa de idade das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo idade na esterilização.	107
Tabela 18– Distribuição segundo motivo para decidir pela esterilização entre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP).	108
Tabela 19– Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo possibilidade de recomendação da cirurgia para outra pessoa.	109
Tabela 20– Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo hipótese de se fazer a cirurgia novamente.....	109

Tabela 21– Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo satisfação com a cirurgia.....	109
Tabela 22-Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto à presença de dismenorréia.....	110
Tabela 23-Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto à presença de dor pélvica após a cirurgia	110
Tabela 24 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto à intensidade da dor pélvica.....	110
Tabela 25-Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto ao uso de analgésicos para o alívio da dor pélvica	111
Tabela 26 – Análise fatorial com rotação varimax do IFSF.....	113
Tabela 27 – Análise de correlação inter-domínios do IFSF	114
Tabela 28 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo estratificação do escore total do IFSF.	115
Tabela 29 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo estratificação do escore total do IFSF.	115
Tabela 30-Área sob a curva de cada domínio do IFSF em relação ao ponto de corte 26 do escore total	125
Tabela 31-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo grau de escolaridade entre as mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004	127
Tabela 32-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pela renda <i>per capita</i> das mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004	128
Tabela 33-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pela renda <i>per capita</i> das mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004, estratificada pela escolaridade	128
Tabela 34-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de gravidezes por mulher esterilizada em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004.....	129
Tabela 35- Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de gravidezes por mulher esterilizada em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004, estratificada pela escolaridade..	130
Tabela 36-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de partos vaginais por mulher esterilizada em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004.....	130
Tabela 37-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de partos cesáreas por mulher esterilizada em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004.....	131
Tabela 38- Disfunção sexual a partir do escore IFSF pela presença de dor pélvica após a LT por mulher esterilizada em Ribeirão Preto pelo SUS entre 2000 e 2004	131
Tabela 39-Matriz de correlação: Escore Total do IFSF	133
Tabela 40 - Resultado da regressão logística	135
Tabela 41-Disfunção sexual segundo mudança na vida após esterilização entre mulheres esterilizadas pelo SUS em Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2000 e 2004.....	138

SUMÁRIO

TÍTULO / Subtítulo.....	Pg.
APRESENTAÇÃO.....	12
1 CONTRACEPÇÃO.....	18
1.1 Panorama da contracepção no Brasil.....	18
1.2 Opção pela esterilização cirúrgica.....	23
1.3 Repercussões da esterilização.....	33
2 FUNÇÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL.....	39
2.1 Sexualidade e resposta sexual.....	39
2.2 Função e disfunção sexual feminina.....	48
2.3 Função sexual e contracepção	53
2.4 Laqueadura e função sexual	58
3 OBJETIVOS.....	63
3.1 Objetivo Geral	64
3.2 Objetivos específicos.....	64
4 MÉTODO	65
4.1 Desenho do estudo.....	65
4.2 População estudada, critérios de inclusão e exclusão.....	66
4.3 Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e sobre a esterilização	66
4.4 Instrumento de avaliação da função sexual	67
4.4.1 Adaptação transcultural do instrumento FSFI: método utilizado.....	72
4.4.2 Adaptação transcultural do instrumento FSFI: resultados.....	75
4.4.2.1 Avaliação da equivalência semântica: etapas 3 e 4	76
4.4.2.2 Instruções.....	79
4.4.2.3 Perguntas	80
4.4.2.4 Respostas	81
4.4.2.5 Inclusão de termos corriqueiros da linguagem popular e apresentação da versão final do questionário	82
4.5 Variáveis envolvidas no estudo	85

4.5.1	Variáveis Independentes:	85
4.5.2	Variáveis Dependentes:	88
4.6	Operacionalização	90
4.6.1	Técnica de amostragem e seleção	90
4.6.2	Seleção, treinamento e supervisão das entrevistadoras	92
4.6.3	Coleta dos dados	93
4.6.4	Processamento e análise dos dados	94
4.7	Aspectos Éticos	95
5	RESULTADOS	95
5.1	Características sociodemográficas e educacionais da amostra	96
5.2	Relacionamento conjugal	100
5.3	História Reprodutiva	101
5.3.1	Número de filhos	101
5.3.2	Resolução das gestações	102
5.3.3	Tipos de partos	103
5.3.4	Contracepção prévia	105
5.4	Esterilização	106
5.4.1	Idade na esterilização	107
5.4.2	Motivo de escolha da esterilização	107
5.4.3	Satisfação com o método	108
5.5	Alterações clínicas após o procedimento	109
5.6	Função sexual	111
5.6.1	Análise fatorial do instrumento e correlação inter-domínios	112
5.6.2	Análise da disfunção sexual	114
5.6.3	Características do escore nos domínios específicos	115
5.6.4	Comparação entre os grupos segundo escore total	116
5.7	Associação entre as variáveis	125
5.7.1	Escolaridade	126
5.7.2	Renda	127
5.7.3	História gestacional	129
5.7.4	Dor pélvica	131
5.8	Estudos de correlação	132
5.9	Análise multivariada	134

6	DISCUSSÃO	139
6.1	Questionário de avaliação da função sexual.....	140
6.2	Amostra e população de referência	142
6.3	Prevalência de Disfunção Sexual e fatores associados.....	142
6.4	Fatores sócio-educacionais	144
6.5	História reprodutiva.....	148
6.6	Alterações orgânicas.....	153
7	CONCLUSÕES.....	154
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é aberto por uma introdução a qual se divide em dois capítulos para deixar a leitura mais agradável e didática. Após os dois primeiros capítulos serão apresentados ao leitor os aspectos técnicos do estudo e por fim a discussão dos resultados e conclusões do trabalho.

No primeiro capítulo discorre-se sobre questões relacionadas à contracepção no país, mais enfaticamente sobre a esterilização cirúrgica feminina. No primeiro tópico é abordada a situação da contracepção no Brasil, sua prevalência e fatores associados além de introduzir o leitor no panorama das políticas públicas sobre o assunto.

A seguir discutem-se as possíveis explicações e fatores ligados à prevalência da esterilização cirúrgica feminina. Aborda-se a opção pela esterilização não como uma escolha isenta de influências, mas determinada por outra ordem de fatores, discutindo-se a prática da medicalização do corpo feminino como um desses determinantes, que faz da esterilização uma necessidade socialmente construída.

Finalmente, no terceiro tópico do primeiro capítulo são abordadas as conseqüências da esterilização para a vida das mulheres. Dentre as quais se destacam as alterações orgânicas do ciclo menstrual e padrões de comportamento, principalmente o arrependimento pós-esterilização como efeito colateral desnecessário. Dessa forma discute a esterilização como um procedimento não inócuo.

O segundo capítulo percorre algumas questões referentes ao estudo da sexualidade humana, mais enfaticamente da sexualidade feminina. O primeiro tópico visa introduzir o leitor nas diversas formas de se estudar a sexualidade humana e abre para a discussão da

diferença entre sexualidade e resposta sexual. No segundo tópico esse aspecto é mais profundamente abordado quando se trata da abordagem da função e da disfunção sexual.

Nos e terceiro e quarto tópicos a função sexual é discutida frente os aspectos da contracepção de forma geral e mais pormenorizadamente com relação à contracepção cirúrgica e esterilização feminina. Essa discussão encerra o segundo capítulo e posiciona o leitor sobre a justificativa da realização desse estudo ao introduzir um questionamento que resume em parte o que foi exposto e ao mesmo tempo pontua as lacunas dos estudos nessa área.

Por fim são apresentadas as particularidades técnicas do estudo e então o leitor pode participar de uma discussão acerca dos objetivos e conclusões deste trabalho entre os resultados do mesmo e as diversas vozes da literatura acadêmica sobre o assunto.

1 CONTRACEPÇÃO

1.1 Panorama da contracepção no Brasil

Embora a contracepção seja bastante prevalente no Brasil - 76,7% das mulheres sexualmente unidas de 15 a 49 anos – apenas dois métodos predominam: o método hormonal oral (pílula) e a esterilização cirúrgica. O uso dos métodos hormonais entre as mulheres unidas em idade reprodutiva responde por apenas 20,7%, enquanto a esterilização feminina é, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS-1996) (BEMFAM/MACRO INTERNATIONAL, 1997), o método anticoncepcional mais usado entre as mulheres brasileiras de 15 a 49 anos (40,1 %). No Brasil nota-se um aumento da prevalência da contracepção na população com tendência ao um aumento maior da esterilização feminina. Desde a década de 1970 a esterilização feminina vem assumindo importante papel como regulador da fecundidade das famílias brasileiras.

Até a década de 1960, a esterilização não podia ser escolhida como meio de se encerrar a fertilidade, ela passou da posição de solução médica para uma escolha possível, em virtude de mudanças nas circunstâncias materiais, sociais, morais e legais (VIEIRA, 2002). A taxa de fecundidade das mulheres brasileiras permaneceu praticamente constante de 1930 até 1965, quando iniciou seu declínio progressivo. Dentre os fatores que contribuíram para essa mudança incluem-se os socioeconômicos, políticos e a forte influência da mídia que despertaram entre os brasileiros o desejo de diminuir o número de filhos, produzindo uma acentuada demanda por controle do número de filhos (MARTINE, 1996). Essa diminuição da

taxa de fecundidade não ocorreu senão associada a um aumento acentuado do uso de anticoncepcionais, da prática do aborto e, especialmente, do recurso à esterilização (BARROSO, 1984).

Segundo Barroso (1984), desde a segunda metade da década de 1970 houve um aumento de grande monta na porcentagem de mulheres esterilizadas, principalmente nos estados do nordeste do país, cujo maior provedor era o Estado através de hospitais públicos e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Tanto no estado de São Paulo como nos estados do nordeste brasileiro o aumento da esterilização cirúrgica superou os 70% a partir da metade dos anos de 1970. Segundo Berquó (1988), entre os anos de 1978 e 1988, houve um aumento de mais de 100% na prevalência de laqueadura tubária (LT) no estado de São Paulo. Essa situação, entretanto, continuou a ocorrer no Brasil.

Entre os anos de 1986 e 1996 o aumento da prevalência de laqueadura tubária entre as mulheres unidas no Brasil passou de 26,9% para 40,1% (BEMFAM/MACRO INTERNATIONAL, 1997). Em São Paulo, segundo Oliveira e Simões (1989), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1986 indicava que, das mulheres unidas entre 15 e 54 anos, 30,7% estavam laqueadas. Em 1994, considerando as mulheres unidas na faixa etária de 15 a 49 anos, o estudo de Vieira (1994b) na região metropolitana de São Paulo mostrou que 29,2% das mulheres de baixa renda estavam esterilizadas no momento da entrevista. Vieira et al. (2001), comparando os dados das PNDS de 1986 e 1996, notaram aumento da prevalência de 5,3% no uso de contraceptivos no estado de São Paulo, enquanto, no Brasil houve aumento de 10,9%. Apesar de não ter havido aumento significativo no estado de São Paulo em comparação ao Brasil (que em 1986 tinha 25,5% de mulheres esterilizada e em 1996, 40,1%), em São Paulo o percentual de mulheres esterilizadas permaneceu alto, em pouco mais de 30% (VIEIRA et al., 2001).

Essa “explosão” na prevalência de laqueadura ocorreu, contudo, a despeito da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde em 1984, que, entre outras atividades, previa a oferta, supervisão médica e orientação de diversos métodos anticoncepcionais reversíveis. Além disso, as cirurgias de esterilização feminina eram realizadas na ausência de respaldo legal para a laqueadura tubária, situação que só viria a ser modificada após 1997 com a lei 9.263/97.

Embora não houvesse lei que proibisse a realização de esterilização cirúrgica, sua prática poderia ser considerada ofensa criminal segundo o Código Penal Brasileiro de 1940, cujo Artigo 29, Parágrafo 2.III, diz que qualquer lesão corporal de natureza grave, resultando em debilidade permanente de membro, sentido ou função do corpo é considerada como crime cuja penalidade poderia variar de um a oito anos de reclusão. Ainda, baseado nessa interpretação, o Código de Ética Médica por meio da Resolução 1.154 – CFM, 1984, proibia a esterilização cirúrgica, excetuando-se os casos de indicação médica comprovada. Isso viria a ser revogado em 1988 quando esse conselho exige que os médicos sigam as leis específicas (VIEIRA, 1994a; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Antes da criação do PAISM as preocupações do Brasil quanto à saúde da mulher traduziam-se em políticas públicas que priorizavam o grupo materno-infantil, refletindo o etos natalista da sociedade brasileira, adequado às necessidades de reprodução social. A partir de 1983, o PAISM vem romper essa visão tradicional e oferecer uma posição oficial do Estado brasileiro, até o momento omissa, acerca do controle da reprodução (OSIS, 1998).

Segundo Osis (1998), a elaboração do programa foi inovadora tanto no âmbito nacional quanto internacional. Apesar da concepção de saúde reprodutiva ter sido debatida e adotada mundialmente no final da década de 1980, a proposta original do PAISM incluía as definições de saúde reprodutiva adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988, no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Segundo Corrêa (1993), foi a intervenção dos movimentos

feministas no debate nacional sobre planejamento familiar, a responsável por trazer esses outros subsídios para a então polarizada discussão entre natalismo e neomalthusianismo.

A partir desse debate, o planejamento familiar pôde ser deslocado da esfera moral para o campo da decisão ética individual. A elaboração do PAISM trouxe, então, em seu bojo o princípio de que as decisões sobre a saúde reprodutiva deveriam orientar-se pelo livre-arbítrio dos indivíduos (e em especial das mulheres).

Porém, a falta de compromisso político refletiu descompasso na implementação efetiva do PAISM em todo território nacional (OSIS, 1998). Em 1993, a maioria dos órgãos do sistema de saúde que deveriam oferecer assistência à anticoncepção não oferecia cobertura superior a 10% das usuárias potenciais e, dez anos após o lançamento do PAISM observava-se acentuação dos problemas, que podiam ser evidenciados pelo aumento da prevalência da esterilização feminina (CORRÊA, 1993). Segundo Berquó e Cavenaghi (2003), por diferentes motivos, o panorama atual ainda não satisfaz os direitos reprodutivos no Brasil. A lei mudou pouco a prática usual da esterilização, ainda prevalecendo a esterilização feminina como método contraceptivo mais utilizado em detrimento dos outros métodos e inclusive da vasectomia. Em seu estudo envolvendo seis capitais de estado brasileiras as autoras observaram que a esterilização feminina era mais conhecida pelos homens (87,7%) do que a própria vasectomia (72,3%).

Sobre a orientação e conhecimento dos métodos contraceptivos propostos pelo PAISM, Schor et al. (2000) observaram que dentre as mulheres de 10 a 49 anos entrevistadas em seu estudo em São Paulo (SP), apenas 13,6%, referiram nunca ter ouvido falar em método contraceptivo, enquanto 86,4% disseram conhecer algum método anticoncepcional (MAC). Outra avaliação sobre o conhecimento de MAC realizada pela BEMFAM/MACRO INTERNATIONAL (1997) encontrou praticamente 100% dos entrevistados com conhecimento de algum MAC. No entanto, Schor et al. (2000) observaram que embora

houvesse conhecimento disseminado de algum método contraceptivo, 34,8% referiram não fazer uso de qualquer tipo de MAC. Além disso, dentre as que utilizavam método contraceptivo, o uso estava restrito à esterilização (42,9%) e à pílula (35,3%). Isso demonstra uma falha grande entre a disseminação do conhecimento sobre os MACs proposta pelo PAISM e o uso desses métodos pelas mulheres, que poderia ser explicada pela qualidade dessa informação.

Um fator que contribuiria para essa utilização enviesada dos métodos seria justamente a informação inadequada. Não basta já ter ouvido falar no método para que isso se reflita na prática e uso desse MAC. Apesar do uso de métodos contraceptivos ser bastante prevalente no país, o conhecimento sobre esses métodos é muito limitado, principalmente entre as mulheres de baixa renda (VIEIRA, 1994a; 1994b).

Essa desinformação tanto das mulheres e até mesmo dos profissionais de saúde que não oferecem instruções corretas, associada à venda sem receita de anticoncepcionais hormonais orais, favorece o uso inadequado e, conseqüentemente, a falha do método reversível (VIEIRA, 1994a, DIAZ; DIAZ, 1999). Hardy et al. (1991) encontraram 40% das usuárias de contraceptivos orais para as quais havia contra-indicações de uso.

Essa falta de conhecimento fica ainda mais evidente com relação aos métodos de comportamento e barreira. Pirotta e Schor (1998) referem observar que a mulher também encontra dificuldade na utilização desses métodos pois depende de um conhecimento preciso do corpo e dos ritmos ligados à fertilidade que nem sempre está ao seu alcance. Nesses casos ainda há como agravante a necessidade de conhecimento do corpo do parceiro de sua participação. Nesse sentido fica evidente a subalternidade de gênero quando se observa a predominância de métodos que prescindem da participação masculina. Isso, de forma geral, favoreceria a opção pela laqueadura tubária.

1.2 Opção pela esterilização cirúrgica

Vários autores têm discutido a questão dos motivos que levam à opção pela laqueadura tubária usada como método contraceptivo. Algumas análises têm estabelecido nexos causais entre políticas econômicas neoliberais e aumento da LT, visto que a contracepção estaria submetida a uma lógica de mercado (CORRÊA, 1993).

Ao se considerarem os números da prevalência da contracepção no país, poder-se-ia dizer que a mulher brasileira teria muita disponibilidade de métodos contraceptivos, porém esses dados não bastam para afirmar a premissa. A contracepção concentrada em apenas dois métodos (esterilização e pílula) demonstra a falta de opções contraceptivas em oposição à demanda de contracepção (MARCOLINO, 1994).

Para Corrêa (1993), a não implementação do PAISM de forma ampla e adequada poderia ser entendida como desdobramento da política de omissão dos governos militares quanto à contracepção, o que seria uma estratégia para encobrir uma política de controle populacional, cujo efeito mais perverso seria verificado no acesso aos métodos contraceptivos, principalmente ao se comparar o acesso à esterilização. Segundo Vieira (1994b), vários “setores” da sociedade compõem uma estratégia social para a efetiva prevalência da esterilização feminina e têm estimulado seu uso.

Para Vieira (1994a), a falta de consenso na aceitação do controle da fertilidade por alguns setores da sociedade seria responsável pela ausência de regulamentação e legislação sobre a esterilização voluntária antes da implantação do PAISM. No entanto, mesmo hoje, a precária e heterogênea implantação do programa no país (OSIS, 1998) ainda favorece distorções tais como o sistema de pagamento e o clientelismo como reguladores do acesso à laqueadura (POTTER; CAETANO, 1998). Médicos, clínicas privadas que oferecem

esterilização grátis em alguns estados brasileiros, companhias e empregadores que oferecem empréstimo financeiro para o custeio da cirurgia e políticos em campanhas eleitorais que oferecem a esterilização gratuita em troca de votos e apoio político fazem parte dessa “rede” que ajuda a construir a situação de prevalência da laqueadura tubária no país (VIEIRA, 1994a).

De maneira geral, segundo Schor (2000), alguns motivos são levados em conta quando da escolha da opção contraceptiva. Dentre eles estariam a segurança e a facilidade/praticidade do método (65%), a não adaptação à pílula (9,6%), indicação médica (8%), não maleficência do método (3,9%), não adaptação ao método anterior (3,9%), não querer engravidar (3,5%) e o custo financeiro (2,3%). Alguns desses motivos também foram evidenciados por estudos anteriores (VILLELA; BARBOSA, 1996; VIEIRA, 1998; OSIS et al., 1999). Porém, outros fatores influenciam a escolha pela esterilização cirúrgica.

Dentre as mulheres brasileiras encontram-se como motivos para a esterilização tanto fatores econômicos e conjugais quanto fatores relacionados à saúde. Vieira (1994b) aponta em seu estudo que 44% das mulheres entrevistadas referiram ter-se submetido à laqueadura tubária por estarem satisfeitas com o número de filhos, 26% afirmaram problemas de saúde, 6,4% alegaram terem se submetido a muitas cesáreas, 12,3% apontaram dificuldade financeira, 5,7% revelaram que não se adaptavam a outros métodos e 2% disseram que o marido não queria mais filhos. Além disso, referiram dificuldades conjugais, alcoolismo do marido e medo de ter outro filho deficiente em 3,7% das entrevistas.

A falha ou não adaptação a outros MACs também seria um fator de importância na consideração da LT como opção contraceptiva. De acordo com Marcolino e Schor (1995), a opção pela esterilização surgiria como alternativa à não-adaptação à pílula hormonal, ainda que as falhas decorressem de seu uso inadequado. Para Carvalho e Schor (2005), a opção pela laqueadura poderia ser indicativa da rejeição aos outros métodos oferecidos; segundo as

autoras, essa rejeição estaria baseada em informações técnicas recebidas nos serviços de saúde, no meio social e da vivência anterior.

Essas questões objetivas são notórias e legítimas conforme aponta Serruya (1993). Seria lógico pensarmos que as razões objetivamente declaradas pelas mulheres para a esterilização, como motivos econômicos, indicação médica e número de filhos, levariam como única alternativa à esterilização. No entanto, levando-se em conta o desejo como construção social, a aceitabilidade da laqueadura tubária é um fenômeno social e mostra o alto nível de interesse e motivação das mulheres em controlar sua fertilidade (VIEIRA, 1994b). Mas aceitar um ato tão definitivo como a laqueadura tubária pressupõe mais que questões objetivas (SERRUYA, 1993).

Segundo essa autora, o forte desejo feminino pela laqueadura tubária levaria as mulheres a buscarem a esterilização não com um sentimento de opressão, mas de conquista. A autora aponta a explicação desse desejo para além das questões objetivas e conjunturais. Na esterilização feminina estaria a representação de *status* social atribuída à laqueadura tubária que fora construída com base no acesso elitizado a esse procedimento desde sua origem no Brasil.

A esterilização cirúrgica era privilégio de mulheres ricas e cultas, que podiam optar pelo “melhor” método contraceptivo. Isso teria ajudado a construir a imagem de que a mulher rica e inteligente tinha poucos filhos. Assim, conseguir ser operada significava ascender a uma outra classe social, que mesmo podendo, financeiramente, criar muitos filhos, escolhia, “por luxo”, não tê-los.

De fato o início da curva descendente das taxas de fecundidade no Brasil deu-se em princípio na população urbana e privilegiada economicamente. Na década de 60, enquanto a fecundidade apresentava tendência de aumento na população rural e economicamente desfavorecida, nas Regiões Sul e Sudeste, cuja população urbana crescia, e nos grupos sociais

mais privilegiados, quedas significativas já se verificavam. Em 1970 a fecundidade rural era de 3,2 filhos a mais que a fecundidade urbana. A partir da década de 1970 o declínio da fecundidade foi generalizado, embora menos acentuado nas áreas rurais e nos setores mais pobres da população (PERPÉTUO; AGUIRRE, 1998).

Dentre os estudos que discutem as causas deste declínio, segundo Alves (2004), alguns autores mostram que ele é o resultado de questões complexas decorrentes das transformações econômico-sociais e institucionais vividas pelo país. Dentre as causas apontadas estariam o processo de proletarização do país e a diversificação do padrão de consumo que teriam contribuído para a desestabilização do padrão de casamento precoce e elevada fecundidade marital. Além disso, outras causas seriam as políticas sociais como crédito direto ao consumidor, telecomunicações, previdência e saúde, mudanças nas relações de gênero e maior autonomia e status da mulher (ALVES, 2004).

Mas de certa forma esses autores concordam que a queda das taxas de mortalidade, principalmente a redução da mortalidade infantil e o aumento da sobrevivência do número de filhos, tenham sido primordiais para a prática da regulação da fecundidade (ALVES, 2004). Isso traz mudanças no “valor” do número de filhos e na representação dos mesmos. A necessidade de se ter muitos filhos em função da necessidade social de trabalho no campo e da alta mortalidade infantil, numa sociedade predominantemente urbana inverte-se: um grande número de filhos representa custo de vida mais elevado e maior exclusão social.

Merrick e Berquó (1983) indicam que o processo de industrialização, urbanização, aumento dos níveis educacionais e a entrada das mulheres no mercado de trabalho, teriam sido também decisivos para a redução da fecundidade. Ainda, haveria um componente mais importante para o declínio da fecundidade: o crescente controle da fecundidade marital em função do uso de “métodos planejados” (principalmente a pílula) ou de “soluções drásticas” (via esterilização e aborto).

Além disso, a cesárea, que está intimamente ligada à prevalência da esterilização, também estaria associada a uma representação de *status* social elevado, pois significaria possibilidade de acesso à saúde de qualidade (SERRUYA, 1993; VILLELA; BARBOSA, 1996).

De acordo com Vieira (1994a), a idéia de que “se é pago é bom para todos” também estaria relacionada além da laqueadura em si, à aceitação do pagamento pela laqueadura. Segundo a autora, uma das formas de regulação do acesso à esterilização seria pelo pagamento ao médico pelo procedimento, mesmo entre a população pobre. O pagamento seria o principal critério de acesso. Porém, as chances de obtenção de uma esterilização gratuita seriam maiores se relacionadas à presença de problemas de saúde. Daí, então, considerar-se “problemas de saúde”, “indicação médica” e “muitas cesáreas” como fatores que, mais que influenciariam, justificariam socialmente a esterilização.

Outros fatores que estariam associados à busca pela esterilização seriam a insegurança, o desconhecimento e a presença de mitos em relação aos métodos contraceptivos reversíveis. Isso estaria associado ao uso sem orientação das pílulas e à falta de informações e assistência quanto ao uso desses métodos. Essa situação de (des)informação cria condições para o aparecimento de mitos sobre contracepção, o que pode influenciar a escolha pelo método. Segundo Osis et al. (1999), os mitos populares que falam da crença na eficácia absoluta da laqueadura e na falha dos outros métodos contrastam com evidências que mostram uma taxa de gravidez não nula entre as mulheres laqueadas e altas taxas de eficácia de outros métodos reversíveis, comparadas à da laqueadura.

Novamente a questão da (des)educação coloca-se como barreira para a socialização desse conhecimento científico somada a uma cultura sexual baseada na desresponsabilização masculina frente à anticoncepção que favorece diversas interpretações da prática contraceptiva frente as falhas dos métodos e os efeitos colaterais dos contraceptivos

hormonais. Essa dificuldade perpassa inclusive pelo despreparo dos equipamentos de saúde, pela dificuldade de acesso a outros métodos de planejamento familiar e precariedade dos serviços de planejamento familiar o que faz com que a prevalência de esterilização cirúrgica seja alta no país (VILLELA; BARBOSA, 1996; PIROTA; SCHOR, 1998; VIEIRA, 1998; 1999a; BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Dados da PNDS-96 demonstram que metade das mulheres que estavam ou estiveram em união só tiveram acesso à contracepção após o primeiro filho. E, ainda, 48,3% das mulheres dessa pesquisa tiveram uma gravidez que não desejaram. Alia-se a esta situação a ilegalidade e risco do aborto clandestino e a prevalência de gravidez indesejada. Estima-se que em 1998 tenham sido realizados cerca de 900.000 abortos ilegais por ano no país (ROCHA; ANDALRAFT NETO, 2003).

No Brasil, onde há legislação punitiva sobre o aborto provocado, Vieira (1999a) observou que a tendência a esterilizar-se mais jovem estava relacionada a atitudes mais negativas em relação ao aborto e que as mulheres usuárias de métodos mais efetivos mostraram ter atitudes mais fortes contra o aborto. Em seu estudo, esta autora sugere fortemente que as atitudes das mulheres em relação ao aborto e o uso prévio de métodos contraceptivos, particularmente em função de sua falha e efeitos adversos influenciam a opção pela esterilização. Autora sugere ainda que a atitude negativa das mulheres em relação aos contraceptivos hormonais orais baseia-se em suas experiências negativas prévias. O fácil acesso à venda de contraceptivos sem orientação adequada poderia ser um fator contribuinte para essas experiências negativas pela alta taxa de abandono de uso e efeitos colaterais decorrentes das altas concentrações de estrogênio nessas pílulas (VIEIRA, 1999a).

Junto à dificuldade de acesso à assistência contraceptiva e aos métodos, a necessidade de uma ação diária para a contracepção seria difícil para as mulheres em virtude da falta de informações sobre o funcionamento do corpo feminino (PIROTA; SCHOR, 1998). Essas

dificuldades de contato e autoconhecimento, no entanto, vão para além da falta de informação, podem ter raízes na repressão da sexualidade feminina. Isso explicaria também a baixa utilização de outros métodos reversíveis além da pílula, tais como métodos que interferem no ato sexual, vinculando-o à concepção/contracepção, como o uso do preservativo masculino, feminino e o diafragma. Ainda, o manejo diário da contracepção colocaria as mulheres constantemente diante de contradições e conflitos que se originam na dualidade moral do papel central da mulher na sociedade: mãe e não sexualizada – a “virgem-mãe”.

A sociedade construiu uma polaridade – “a santa e a prostituta” – diante da qual as mulheres devem optar. Nos países cristãos a mãe é revestida da auréola da Virgem Maria e então se procura aproximar-se da santa, negando a necessidade de prazer, inclusive sexual (HAWKES, 1996). Em outros termos, são os filhos que instituem a mulher como mãe. Para muitas mulheres, é essa marca que a sociedade coloca para a mulher na ausência de algo que a defina: “A mulher não existe” senão enquanto mãe, enquanto aquilo que a representa na cultura.

Segundo Serruya (1993), o esquecimento da pílula muitas vezes escamoteia um desejo velado de ter outro filho que, conscientemente, não deve ser desejado. Essas contradições e a alienação do próprio corpo levariam as mulheres a buscar métodos mais medicalizados, onde sua participação seria mínima, como paciente de uma ação de valor social legítimo. Isso indicaria uma submissão voluntária a uma autoridade social legitimada, a um “saber que legitima a interferência médica sobre o corpo feminino, que o disciplina para funções socialmente desejadas ou não: amamentar, ter ou não ter filhos” (SERRUYA, 1993. p 64). A esterilização viria legitimar e ao mesmo tempo silenciar essas contradições num ato; um ato médico, externo e único.

A laqueadura juntamente com a cesárea talvez sejam as formas mais evidentes do processo de medicalização do corpo feminino. Mais especificamente, são evidências claras da

medicalização da reprodução que ocorre no Brasil que supervaloriza o trabalho do médico; como define Vieira (2002): “a naturalização da intervenção médica na esfera do comportamento reprodutivo”. Nesse sentido a esterilização não é uma escolha, pois implica tanto a liberdade quanto a opressão, conforme comenta Barroso (1984, p.170): “ocorre dentro de um conjunto de alternativas que elas individualmente são impotentes para alterar”.

Essa situação remonta à prática médico-higienista imposta às famílias brasileiras ao final do século XIX, na constituição do poder médico no Brasil. A pedagogia e a polícia médica desse período impuseram aos costumes familiares a reprodução dos conflitos sociais de classes, extrapolando os limites da saúde.

Segundo Costa (1979), a educação sexual pretendia transformar homens e mulheres em reprodutores, reduzindo-se o papel de homens e mulheres aos de pai e mãe e a família transformou-se em uma extensão dessa “polícia médica” no controle das práticas sexuais, definindo-se os contornos da sexualidade normal como procriativa, heterossexual e moderada, e para as mulheres, embebida nos sentimentos de dever e amor materno e conjugal. Assim, gerar e cuidar dos filhos passou a ser cada vez mais um trabalho técnico e científico que necessitava da ajuda de especialistas, os médicos.

Além disso, assim como a gravidez, o parto e o puerpério, controlar a quantidade de filhos também passou a ser objeto passível de normatização e intervenção médica pois esse saber fora expropriado das mulheres (TEIXEIRA, 1999). Em função das políticas públicas pouco claras quanto à contracepção, porém, essa norma foi imposta com êxito menos pela proibição que pela incitação de desejos e vontades (CORRÊA, 1997).

Por essa incitação construiu-se, então, o desejo das mulheres pela esterilização como método contraceptivo. Trata-se da colocação em funcionamento de uma rede sutil de discursos, saberes, prazeres e múltiplos poderes que disseminam e ordenam ao invés de proibirem (FOUCAULT, 1993). A partir do acesso diferenciado a esse procedimento que

tinham as classes mais abastadas (SERRUYA, 1993) e principalmente a partir do discurso médico vigente, as mulheres passaram a vivenciar ordenamentos sociais como se fossem necessidades próprias e mais, a sociedade passou a se constituir inconscientemente como mecanismo de pressão para a hegemonia dessas práticas (TANAKA; ALVARENGA, 1999; VILLELA; ARILHA, 2003). Segundo Corrêa (1997, p. 22):

O discurso médico disciplinar imputa ao comportamento individual uma norma que não obstante livre ou passível de livre arbítrio, vem previamente sancionada por um efeito negativo. Mas o poder de sanção da norma pode ter mais êxito quando atua pela incitação de vontades e desejos do que pela mera proibição, o que é possível quando se pensa o corpo fora de uma perspectiva exclusivamente natural.

No século XIX, isso é justificado pela necessidade de transformar os indivíduos da sociedade e produzir indivíduos física e moralmente adequados a um projeto social – ideal eugênico. Para Vieira (2002):

A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos.

Com isso o saber das mulheres sobre o próprio corpo também seria desqualificado e a “natureza feminina” – potencialmente degenerada - serviria como explicação para privar a mulher de sua autonomia.

Segundo a autora, é no século XIX que se coloca o corpo feminino como subordinado ao controle médico a partir dos discursos sobre a sexualidade e a reprodução. Para Teixeira (1999), as fontes de autoridade do saber médico extrapolam os aspectos biológicos para as dimensões sociais, do direito e da ética individual. Ao equivaler o conhecimento científico do objeto às necessidades biológicas e não biológicas, a medicina define a normalidade. Uma vez que a norma é a sexualidade procriativa, as medidas repressivas da sexualidade tornam-se medidas terapêuticas (VIEIRA, 2002).

Nesse processo de naturalização que caracteriza o processo de medicalização (VIEIRA, 2002), o corpo passa a ser a arena de combate do médico (TANAKA; ALVARENGA, 1999).

É o saber médico, apoiado em intervenções terapêuticas, que normatiza inclusive a decisão quanto ao momento de se ter um ou mais filhos e as formas de se evitá-los. Assim, não é espanto que a legitimação da laqueadura tubária passe pela indicação médica no discurso das mulheres (SERRUYA, 1993; MARCOLINO; SCHOR, 1995) visto que não há autonomia dessas para tomar esse tipo de decisão.

Assim, mesmo medicalizadas e expropriadas das mulheres, concepção e contracepção não são de acesso universal mesmo após a implantação do PAISM. Os avanços tecnológicos não são acessíveis a todas as mulheres que buscam a contracepção e menos ainda àquelas que buscam a concepção, nesse sentido, a medicalização não se converteu em melhora da qualidade e do acesso (TEIXEIRA, 1999; VIEIRA, 2002), aliás, pelo contrário, para Tanaka e Alvarenga (1999) existiria uma relação estreita entre tecnologias reprodutivas e iatrogenia; o problema adviria não da existência da tecnologia, mas de seu uso abusivo e eticamente comprometido.

Usa-se tecnologia quando se poderia utilizar humanização, educação e informação. Nesse processo de medicalização do corpo feminino, a questão do controle da fecundidade deixa de ser competência de uma política demográfica e passa a ser um problema para o qual são propostas soluções médicas, tecnológicas, cirúrgicas para administrar a reprodução humana (VIEIRA, 2002; MINELLA, 1998). Isso legitima um outro, no caso o médico, como provedor dos anseios femininos em controlar sua prole.

O papel reprodutivo é socialmente imposto às mulheres, assim lhes recai a exclusiva responsabilidade sobre a reprodução, dessa maneira, também os insucessos nessa área acabam sendo atribuídos à sua incapacidade pessoal de controlar esse aspecto de suas vida (OSIS et al., 1999). Para Vieira (1994a), Osis et al. (1999) e Serruya (1993), ao contrário do marido que não colabora com a decisão de se evitar filhos e cuja atuação nessa prática é ainda muito mais circundada de tabus e preconceitos relacionados à sexualidade (PIROTA; SCHOR,

1998), o médico, no momento da laqueadura, torna essa opção válida, segura, eficaz e aceita; legitima esse desejo socialmente construído num ato médico. Esse ato, entretanto, também poderia servir para concretizar a desvinculação entre prazer sexual e reprodução, uma das maiores reivindicações do movimento feminista.

De fato, para algumas mulheres a esterilização permitiu uma melhor qualidade de vida sexual (SERRUYA, 1993; VILLELA; BARBOSA, 1996) pois veio somar-se a outras mudanças que as libertavam da condição biológica e social de reprodutoras. Essas mulheres puderam inclusive ascender a uma outra visibilidade social na esfera produtiva. Mas para outras, a melhora da vida sexual não viria apenas com uma contracepção eficaz. Ao contrário, a laqueadura “parece ter libertado os homens” no sentido que após a laqueadura, o repertório de argumentos na negociação sexual diminuiu, pois as mulheres operadas ficam disponíveis para a atividade sexual não desejada (SERRUYA, 1993).

1.3 Repercussões da esterilização

Apesar de serem inúmeras as implicações da laqueadura tubária na vida das mulheres, apenas recentemente o foco das atenções ampliou-se quanto a possíveis alterações psicossociais, de saúde geral e mudanças no comportamento sexual, incluindo riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis. (VIEIRA, 1994a; BARBOSA; VILLELA, 1995; SERRUYA, 1996; OSIS et al., 1999) Desde alterações psicossociais a alterações orgânicas, vários autores têm observado que a esterilização feminina não é inócua. Sobre as consequências da esterilização cirúrgica para a vida das mulheres, até meados da década de 1990 os estudos estavam focalizados na questão do arrependimento e na *síndrome pós*

laqueadura, incluindo aqui as alterações clínicas e do ciclo menstrual (HERMANN; SOUZA, 1985; VIEIRA, 1994b; 1999b; DIAS et al., 1998; OSIS et al., 1999; OSIS, 2001).

Um aspecto que tem sido evocado mais enfaticamente em virtude da repercussão junto aos serviços de saúde é o arrependimento. Segundo Smith, Friedrich e Pribor (1994) o impacto de se encurtar o potencial reprodutivo de muitas mulheres pode ser muito grande, variando de imensuráveis custos decorrentes da piora da qualidade de vida até gastos expressivos com tecnologias reprodutivas como as técnicas de reprodução assistida e cirurgias de reanastomose de trompas. Em estudo realizado no começo da década de 1990, 23,5% das mulheres que haviam completado a investigação propedêutica para o tratamento da infertilidade haviam sido submetidas à laqueadura tubária previamente (BAHAMONDES, 1992).

Alguns autores avaliam a questão do arrependimento em função dos pedidos de reversão da laqueadura (HARDY et al., 1996; MACHADO et al., 2005). Tais autores argumentam que essa forma de seleção traria menos dúvidas quanto ao fato das mulheres estarem realmente arrependidas do procedimento de esterilização, visto que o tratamento para isso é invasivo e custoso. Curtis et al. (2006) em revisão sobre o assunto avaliaram 10 trabalhos cuja variável arrependimento era avaliada pela procura por tratamento ou reversão da laqueadura tubária.

Outros autores avaliam a questão do arrependimento de forma mais subjetiva, uma vez que consideram que mesmo as mulheres que não procuram reversão da laqueadura ou tratamento para infertilidade não estão necessariamente satisfeitas com o procedimento a que foram submetidas. Para esses autores (SMITH; FRIEDRICH; PRIBOR, 1994; VIEIRA, 1998; OSIS et al., 1999), o arrependimento pode ser entendido como uma sensação de querer voltar atrás, ou mesmo como um sentimento de mágoa ou pesar por faltas ou erros cometidos conforme utiliza Vieira (1994a).

No entanto, mesmo com diferenças metodológicas marcantes, há consenso sobre a existência do arrependimento após a esterilização cirúrgica. Porém, a prevalência desse fenômeno é variável chegando a índices entre 1,7 a 35,9% de acordo com o país e a idade (CURTIS et al., 2006). Estudos realizados no Brasil e principalmente em São Paulo encontraram índices de 10 a 20% das mulheres laqueadas (VIEIRA, 1994a; 1998; OSIS et al., 1999). Além disso, vários autores referem que o arrependimento é fortemente influenciado pela idade jovem na esterilização (SMITH, FRIEDRICH; PRIBOR, 1994; VIEIRA, 1994a; 1998; HARDY et al., 1996; OSIS et al., 1999; HILLIS et al., 1999; MACHADO et al., 2005; CURTIS et al., 2006), alguns dos quais definem a idade de 30 anos na esterilização como ponto de corte para fator de risco do arrependimento (HILLIS et al., 1999).

Conforme alguns trabalhos ainda, a proporção de mulheres arrependidas após a laqueadura tubária também sofre influência de variáveis como presença de conflito interconjugal no momento da decisão pelo método, o número e o sexo dos filhos vivos, mudança na condição econômica, morte de filhos, parceiros sem filhos anteriores à união atual e a mudança de parceiro. Adicionalmente, a falta de informação quanto à escolha do método estaria também associada com o arrependimento após a laqueadura tubária e a solicitação ou realização de reversão da laqueadura tubária (HARDY et al., 1996; VIEIRA, 1998; 1999b; JAMIESON et al., 2002; MACHADO et al., 2005; CURTIS et al., 2006).

Nesse sentido, a maioria dos artigos citados sugere que dentre as possíveis ações para se evitar o problema estaria principalmente a implantação de um processo de aconselhamento adequado. Dessa forma, seria possível identificar os grupos de risco para arrependimento pós esterilização e poder oferecer uma escolha consciente e informada sobre o método contraceptivo. Além disso, segundo Smith, Friedrich e Pribor (1994), uma escolha mais consciente do procedimento também poderia ajudar a diminuir outras conseqüências subjetivas decorrentes da esterilização cirúrgica feminina que serviriam de influência para o

arrependimento. De acordo com os autores, algumas alterações do ciclo menstrual e outras alterações ginecológicas que ocorrem após a laqueadura seriam razões declaradas para o arrependimento.

Apesar da discussão acerca da chamada *síndrome pós laqueadura* não ter chegado a consenso, a queixa das alterações menstruais é evidenciada por alguns autores com certa frequência (OSIS ET AL, 1999; MINELLA, 1998). No entanto, os estudos apresentam resultados inconsistentes e contraditórios; enquanto alguns estudos observam queixas referentes a alterações do ciclo menstrual, outros, com metodologias distintas, falham em demonstrar essas alterações (HERMANN; SOUZA, 1985; BARBOSA; VILLELA, 1995; DIAS et al., 1998; MINELLA, 1998; OSIS et al., 1999; Li et al., 2004). De acordo com Osis et al. (1999), ao se tratar da percepção das mulheres e não da constatação clínica de um fenômeno, é possível admitir que alguns estudos possam observar mais mulheres laqueadas referindo alterações menstruais que mulheres não laqueadas.

Osis et al (1999) observaram que mais de um terço das mulheres laqueadas referiam alterações para pior no ciclo menstrual que atribuíam ao método. Minella (1998) em estudo qualitativo observou além de queixas de distúrbios menstruais como cólicas, fluxo abundante e irregular, mulheres referindo dores nos seios, dores abdominais, distúrbios emocionais, dores de cabeça constantes e perda da vontade sexual. Por outro lado, estudo recente de Li et al. (2004) observou que dentre vários métodos contraceptivos, a laqueadura tubária foi o único que não se associou as alterações nos parâmetros menstruais, dados compatíveis com a literatura referida pelo mesmo. Além disso, Millena (1998) observou referência à melhora do estado geral de saúde a partir da esterilização. Barbosa e Villela (1995), porém, encontraram 21% das mulheres esterilizadas referindo alterações positivas na saúde, mas 31% referindo alterações negativas tais como alterações menstruais, ganho ou perda de peso e inclusive alterações psicológicas.

Outros autores também estudaram as alterações psicossociais e psiquiátricas relacionadas à esterilização. Lin et al. (1996) em avaliação de uma amostra da população chinesa sugerem que a esterilização seria um fator de risco importante para depressão e ansiedade tanto em homens quanto em mulheres. Porém, em revisão feita por Smith, Friedrich e Pribor (1994), vários estudos falharam em demonstrar diferenças na prevalência de alterações psiquiátricas entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas. Segundo os autores, a ausência de efeitos da esterilização negativamente sobre a saúde mental foi observada não somente nos indivíduos sem alterações prévias à cirurgia, mas também naqueles que haviam sido diagnosticados como tendo alguma alteração antes do procedimento.

Ainda com respeito às questões psicossociais, Li et al. (2004) encontraram melhora no domínio social do escore do questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre as mulheres laqueadas. Em estudo realizado no estado de São Paulo, Osis et al. (1999) não observaram diferenças estatísticas entre os grupos estudados quanto a amor-próprio, auto-estima, saúde geral, qualidade de vida, relacionamento com o parceiro e questões de gênero. Além disso, observaram a existência de outros fatores que seriam mais importantes para determinar alterações nas vivências das mulheres em sociedade e consigo mesmas que a laqueadura tubária *per se*.

No entanto, vários autores são concordantes em afirmar que há uma mudança na posição subjetiva da mulher com relação à maternidade, talvez em função da sobrevivência e da falta de recursos financeiros, ou mesmo do fardo pelo controle da concepção que lhes é imposto (VILLELA; BARBOSA, 1996; MINELLA, 1998; VIEIRA, 1998; OSIS et al., 1999; 2001). Segundo esses autores pelo fato de não contarem com a participação dos seus parceiros na contracepção, as mulheres sentem alívio por poderem eliminar este encargo das suas vidas. Com isso, a esterilização constituir-se-ia como uma ilusão das mulheres em conquistarem

melhores condições de vida e maior “empoderamento” nas relações sociais (BARBOSA; VILLELA, 1995; SERRUYA, 1996; MINELLA, 1998; OSIS et al., 1999).

Mas esse empoderamento não passa de ilusão à medida que se observam que as mulheres esterilizadas estão mais aderidas aos modelos tradicionais de feminilidade (BARBOSA; VILLELA, 1995; VILLELA; BARBOSA, 1996; MINELLA, 1998), e com isso apresentam menor poder de negociação na esfera sexual. Assim, faz sentido a observação de alguns autores que indicam maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre as mulheres esterilizadas.

Estudo realizado em São Paulo por Barbosa e Vilella (1995) indica que as mulheres laqueadas faziam menos uso de preservativo para proteger-se das DSTs/AIDS que o grupo das mulheres não laqueadas. Ainda, encontrou que 19% das mulheres achavam ser mais difícil recusar o sexo com seu parceiro após a esterilização. Mais da metade das mulheres preferia ter relação mesmo sem vontade ou mesmo arranjar uma desculpa para se evitar brigas, pois segundo 28%, os parceiros passaram a ter mais ciúme delas depois da laqueadura. Assim, a eventual fertilidade seria uma estratégia para a mulher evitar ter de ter relações em detrimento de seu desejo. O fato, então, da mulher esterilizada não poder usar essa “desculpa” reduz seu poder de negociação na esfera sexual e as coloca em maior risco para contrair DSTs (VILLELA; BARBOSA, 1996).

2 FUNÇÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL

2.1 Sexualidade e resposta sexual

Alguns cuidados são necessários ao se tratar do tema sexualidade. O conceito de sexualidade com frequência é confundido, generalizado ou simplificado demais, valorizando o discurso de determinada camada ou grupo social. Assim, não é incomum observarmos a utilização do termo sexualidade como sinônimo de conceitos parciais como exercício do sexo, erotismo, diferenças de gênero, comportamento e, principalmente no meio médico, função sexual (HAWKES, 1996).

Mas a função sexual compõe com outros elementos a sexualidade, é parte dela, não seu sinônimo. Sexualidade pressupõe mais que uma função biológica, refere-se a um fenômeno humano de relações pessoais que atendem a múltiplas finalidade e que são intermediadas pelo sexo. Para Villela e Arilha (2003) sexualidade extrapola a noção de sexo e seus significados (ato sexual, reprodução sexuada e órgão genital) para além do corpo. Para Vilela, (1999) sexualidade teria um extenso leque de significados parciais englobando o exercício do sexo, comportamentos e práticas, a vivência de desejos e sentimentos eróticos e a experimentação das relações concretas que lhe dão suporte.

Sexo se distingue de cópula pois possui nele a noção de prazer, que extrapola as sensações corporais. “O prazer sexual é algo sobre o qual se pensa e se fala, constituindo-se como experiência subjetiva apoiada em sensações corporais” (VILLELA; ARILHA, 2003. p.98). Sexualidade pressupõe, então, fenômeno humano, relações pessoais intermediadas pelo sexo que atendem a múltiplas finalidades (VILELA, 1999).

A experiência sexual produz sentidos distintos para diferentes sujeitos em determinados momentos. “O que se verifica é um processo de produção de significados que relaciona atos corporais determinados a sensações específicas, e estas a idéias e fantasias” (VILLELA; ARILHA, 2003. p.98).

Ainda para Villela e Arilha (2003), as construções em torno do sexo são fruto de mecanismos sociais que fornecem um repertório de interpretações sobre as sensações do próprio corpo. Sexualidade diria respeito, então, não ao ato sexual em si, mas ao conjunto de idéias socialmente construídas sobre as distinções anatômicas entre homens e mulheres e sobre aquilo que se acredita levar ao gozo. Ao contrário, falar de função sexual implica retomarmos as características eminentemente biológicas da resposta ao estímulo sexual e do ato sexual.

Foi por esse viés que a medicina moderna ocidental incluiu o discurso sobre o sexo na academia. No século XX o comportamento sexual tornou-se objeto de estudo empírico afastando-se da classificação nosológica médica de crimes e perversões sexuais que abundaram no século anterior. Um desses marcos são os estudos de Kinsey, que na década de 1950 promovem essa ruptura com inquéritos populacionais sobre comportamento sexual na população geral norte-americana. Deixou-se de lado, assim, a idéia de “desvios sexuais” que predominava nos discursos médicos normatizantes de até então como os conceitos explícitos nos trabalhos de Krafft-Ebing (SILVA, 2001; LOYOLA, 2003).

No Brasil, as pesquisas sobre comportamento sexual sofreram um incremento e interesse principalmente após o advento da epidemia de AIDS. Citeli (2005) faz um retrato das pesquisas em sexualidade e direitos sexuais realizadas entre os anos de 1990 e 2002, e aponta como a epidemia de AIDS e as mudanças sociais mobilizaram a comunidade acadêmica tornando-se prioridade de pesquisa no campo sócio-antropológico. Para ela, os avanços e o vigor das pesquisas em sexualidade no Brasil devem-se, entre outros, à

dissociação entre sexualidade e reprodução devido à disseminação da pílula anticoncepcional, ao advento da epidemia da AIDS e à difusão dos ideais igualitários contidos nos discursos feminista e homossexual.

A partir dos estudos de Kinsey, a sexualidade passou a ser tratada como tema de estudos no meio científico menos impregnado de uma moral religiosa, excludente e normativa. No entanto seria ingenuidade deixar de considerar que esse processo de desenvolvimento dos estudos da sexualidade, mais biológica que sóciopsicológica, não trouxesse em si mesmo uma forma de normatização da sexualidade. Para Foucault (1993) a produção de discursos sobre o sexo está relacionada mais ao controle social que à liberação sexual. Na criação do que o autor chama de *scientia sexualis*, nossa sociedade atribuiu à ciência a tarefa de produzir discursos verdadeiros sobre o sexo e sobre os corpos. Isso só adequou o antigo procedimento da confissão religiosa às regras do discurso científico.

Anteriormente à Kinsey, outros autores haviam desenvolvido estudos na perspectiva de sexo mais organicista. Na Europa, Havelock Ellis (entre 1896 e 1928) já relativizara o conceito rígido de normalidade sexual da época e propusera dividir a atividade sexual em duas fases observáveis: tumescência e detumescência. Também na década de 1920 Theodor Hendrik van de Velde propôs dividir o ato sexual em quatro fases desde o prelúdio (momento prévio ao encontro sexual em que se apresentam os sintomas de destilações e lubrificações) até o epílogo (quando aparecem torpor e sono) (SILVA, 2001). Apesar de influenciado na origem de seus estudos por uma perspectiva menos orgânica, Willian Reich, também na década de 1920, propôs sua teoria do orgasmo. Nela, entre outras idéias inovadoras, o autor sistematiza e descreve o processo bioelétrico do orgasmo e o caracteriza como tendo um momento de controle voluntário e outro de controle involuntário.

Mas a contraposição aos conceitos de normalidade sexual e perversões sexuais só viria a ser colocada a partir dos estudos do biólogo entomologista Alfred C. Kinsey e

colaboradores. Entre as décadas de 1940 e 1950, Kinsey dirigiu estudos epidemiológicos sobre o comportamento sexual humano que entrevistaram cerca de 18.000 pessoas nos EUA. Seus estudos foram responsáveis por revolucionar conceitos de normalidade sexual e tornaram-se referência para os estudos posteriores em sexologia (SILVA, 2001; SCHULTHEISS, 2004). Segundo Giami (1994), com Kinsey a sexualidade foi introduzida no campo das ciências naturais; mais que um estudo descritivo das práticas sexuais humanas, seu trabalho fundamenta-se no reconhecimento do caráter positivo da atividade sexual. Segundo o autor, os estudos de Kinsey se inscrevem no que Foucault denomina colocação da sexualidade em discurso (GIAMI, 1994).

Seguiram-se a Kinsey os estudos de Masters e Johnson (1966) que, diversamente dos estudos epidemiológicos do primeiro apresentaram em seu livro de 1966 resultados de onze anos de observações clínicas sobre a resposta sexual humana. Masters e Johnson estudaram 382 mulheres e 312 homens através de registros instrumentais e observaram detalhadamente os padrões de resposta fisiológica de homens e mulheres durante o coito. A partir disso, propuseram um modelo de resposta sexual humana que se desenvolvia em um ciclo de fases consecutivas: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Na fase de excitação a resposta orgânica desenvolver-se-ia a partir de estímulos físicos e psicológicos e haveria um preparo do organismo para a cópula com turgescência genital e alterações na frequência cardíaca e respiratória, além da lubrificação genital. A partir, então, do estabelecimento de níveis bastante altos de tensão sexual, essa tensão se estabilizaria no que se chamou de fase de platô. Em consequência à continuidade dos estímulos viria a fase do orgasmo, na qual a tensão acumulada seria descarregada de maneira peculiar em poucos segundos, desencadeando contrações musculares da pelve e períneo de formas rítmicas e involuntárias. O momento seguinte seria a fase da resolução, em que o corpo retornaria ao

padrão anterior à fase de excitação, à qual só se poderia retornar passado um período em que o estímulo não produziria resposta, chamado refratário.

Segundo os autores, essa resposta seria a mesma para homens e mulheres com algumas diferenças entre os sexos: todas as mulheres são capazes de ter vários orgasmos concomitantes, ao contrário, o homem só tem um. Porém, um grande número de homens jovens também pode ter dois ou três orgasmos em rápida sucessão. Os estudos de Masters e Johnson também serviram para retificaram mitos a respeito de questões ligadas à sexualidade e ao corpo humano, como os mitos sobre o tamanho dos órgãos genitais.

Então, a partir das queixas de mau funcionamento sexual decorrente do modelo de resposta sexual que denominaram como sendo o funcionamento normal do corpo humano quando do estímulo sexual, Masters e Johnson propuseram um novo modelo de tratamento para o que se convencionou chamar de “disfunções sexuais”. Disfunção referir-se-ia ao não funcionamento de algumas das fases que compõem o ciclo de resposta sexual (SILVA, 2001). Esse modelo propunha um ciclo de resposta sexual em seqüência definida e linear constituído por quatro fases comuns para ambos os sexos: excitação, platô, orgasmo e resolução. Para Masters e Johnson (1970), um estímulo sexual pode provocar a excitação fisiológica (ereção no homem e vasocongestão ou miotonia na mulher) e havendo continuidade na estimulação sexual, o nível de tensão aumentaria chegando-se a um platô da excitação sexual. Mantido o estímulo, poderia se chegar à fase de orgasmo (sendo que no homem o orgasmo viria concomitante com a ejaculação). Após o orgasmo haveria um período de resolução com retorno do corpo a uma fase pré-excitatória com diferenças entre homens, que teriam um período refratário a um novo estímulo sexual, e mulheres, cuja continuidade da estimulação poderia provocar outro orgasmo.

Mais tarde, na década de 1970, após alguns anos de experiência clínica com o modelo proposto por Masters e Johnson, Kaplan propõem incorporar o desejo sexual como forma de

integralizar o ciclo de resposta e melhorar a eficácia clínica (SILVA, 2001; SCHULTHEISS, 2004). Para Kaplan (1977), deve-se considerar o desejo como parte independente das fases posteriores, embora interligado, pois possui sistemas neurais distintos.

No entanto, todas as fases da resposta seriam influenciadas por centros neurológicos corticais superiores, inter-relacionando pensamentos e memória à inibição ou estímulo da resposta sexual. Nesse sentido abriu-se a possibilidade de que as disfunções da resposta sexual humana poderiam guardar componentes não exclusivamente orgânicos. Para a autora, a etiologia dos problemas sexuais seria composta tanto por causas remotas quanto imediatas, e assim, propôs um modelo multicausal e multimodal para as disfunções sexuais (KAPLAN, 1977). Esse modelo porém assume uma progressão linear a partir da consciência do desejo sexual proveniente de um estímulo, até a resposta genital com inchaço e lubrificação vaginal, terminando com a liberação do orgasmo seguido da fase de resolução.

Esses autores (MASTERS; JOHNSON, 1966; KAPLAN, 1977), no entanto não diferenciavam o ciclo da resposta masculina da feminina. Assim, as disfunções eram classificadas como se a resposta sexual feminina respeitasse as fases e seqüência linear da resposta sexual masculina. Contudo, novos modelos não-lineares recentemente propostos contestam o modelo de Masters e Johnson (1966) e Kaplan (1977) e sugerem que a resposta sexual feminina não seja uma imagem de espelho da resposta masculina (TIEFER et al., 2002; BASSON et al., 2002b; 2004; BASSON, 2005; ALTHOF et al., 2005). De fato, inter-relações entre os vários domínios da resposta sexual feminina foram observadas em estudos de validação de questionários e podem ser tomadas como evidência da natureza multifatorial das disfunções sexuais femininas (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). Além disso o fato do tratamento das disfunções sexuais femininas não terem seguido a mesma trajetória dos tratamentos para as disfunções masculinas sugeria que algo deveria ser revisto (ALTHOF et al., 2005).

Para Basson (2002), a resposta ao estímulo sexual na mulher passa por sua percepção subjetiva desse estímulo. O contexto que cerca a mulher submetida ao estímulo é cognitivamente avaliado e pode ativar estimulação subjetiva. Também há um componente afetivo na excitação feminina. Se o estímulo é visto potencialmente como positivo, a estimulação é desfrutada; se é visto potencialmente como negativo, culpa, vergonha, embaraço, ou medo são disparados.

Diferente dos homens, que ao descreverem a resposta para a excitação sexual focalizam-se principalmente na excitação genital, as mulheres tendem a enfatizar emoções positivas e negativas simultaneamente junto com a excitação sexual. Essa avaliação modulará o processo límbico, influenciando a decisão da mulher em ficar focalizada nos estímulos sexuais (BASSON, 2002).

Nesse sentido, não há uma classificação diagnóstica amplamente aceita. As classificações diagnósticas dos manuais nosológicos não têm condições de avaliar conjuntamente os aspectos subjetivos e objetivos da resposta sexual das mulheres (ALTHOF et al., 2005). Por isso, há alguns anos isso vem sendo objeto de estudos com a finalidade de refinar a classificação diagnóstica das disfunções sexuais femininas (BASSON et al., 2000; 2004).

Em recente consenso sobre as disfunções sexuais femininas, as definições consideram as variadas razões pelas quais as mulheres concordam com a atividade sexual, o que considera a importância da percepção subjetiva. Nesse sentido, diferente das definições prévias das disfunções sexuais das mulheres baseadas no modelo linear de resposta sexual humana de Masters e Johnson, posteriormente revisado por Kaplan, o novo conceito de resposta sexual feminina propõe um ciclo de resposta sexual cujas fases se sobrepõem em uma ordem variável (Fluxograma 1) (BASSON, 2005).

Fluxograma 1. Ciclo alternativo da resposta sexual – Adaptado de Basson (2005)

Esse modelo sugere que o maior componente do desejo sexual feminino seja responsivo ao invés de espontâneo. Dessa forma, as disfunções sexuais femininas, segundo Basson et al. (2000) podem ser divididas em 4 categorias e definidas segundo consenso internacional de 2003 (BASSON et al., 2004) (Quadro 1).

<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção do Desejo / Interesse sexual: 	<p>Sentimentos de interesse sexual ou desejo sexual, pensamentos ou fantasias estão ausentes (ou diminuídos). Motivações ou incentivos para tentar tornar-se sexualmente excitada são escassos ou ausentes. A falta de interesse está além das alterações decorrentes do ciclo de vida e da duração do relacionamento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção de Excitação <ul style="list-style-type: none"> ○ Excitação combinada 	<p>Excitação sexual subjetiva (sentimentos de excitação, prazer) ausente ou notadamente reduzida a partir de qualquer tipo de estímulo, e estimulação sexual genital ausente ou prejudicada</p>

	(edema vulvar, lubrificação).
○ Excitação subjetiva	Excitação sexual subjetiva (sentimentos de excitação, prazer) ausente ou notadamente reduzida a partir de qualquer tipo de estímulo. Lubrificação vaginal e outros sinais de resposta física ainda acontecem.
○ Excitação genital	Estimulação sexual genital ausente ou prejudicada (mínimo edema vulvar, lubrificação) a partir de qualquer tipo de estímulo e reduzida sensação sexual a partir de carícias na genitália. Excitação sexual subjetiva ainda acontece a partir de estímulos sexuais não genitais.
○ Excitação sexual persistente	Estimulação genital espontânea, intrusa e não desejada quando o interesse sexual ou desejo está ausente. Qualquer consciência de estimulação subjetiva é tipicamente, mas não invariavelmente desagradável. A excitação não cessa através de orgasmos e as sensações persistem por horas ou dias.
● Disfunção de Orgasmo	Apesar de relato de excitação elevada, orgasmo a partir de qualquer estímulo está ausente, notadamente diminuído em intensidade ou consideravelmente demorado.
● Disfunção Dolorosa	
○ Vaginismo	Dificuldades persistentes ou periódicas em permitir a entrada de um pênis, dedo, ou qualquer objeto na vagina, apesar da mulher assim o desejar. Há frequentemente evitação fóbica; antecipação, medo, ou experiência de dor; e variável contração involuntária de músculos pélvicos. Anormalidades físicas devem ser excluídas.
○ Dispareunia	Dor persistente ou periódica com tentativa parcial ou completa de penetração vaginal.
○ Outras disfunções dolorosas	

Quadro 1. Classificação e definições das disfunções sexuais femininas (BASSON, 2005)

2.2 Função e disfunção sexual feminina

Segundo West, Vinikoor e Zolnoun (2004), desde quando foram descritas diferenças no comportamento de homens e mulheres quanto às relações sexuais têm-se tentado entender a psicopatologia do comportamento sexual. Em busca desse entendimento estudos de prevalência têm sido realizados desde o início do século 20 de forma a avaliar alguns aspectos da sexualidade feminina com muita variação entre uma definição e outra, tais como a satisfação sexual feminina, a habilidade de atingir o orgasmo e a frequência desejada e realizada de relações sexuais. Mas foi somente com o modelo de resposta sexual proposto inicialmente por Masters e Johnson que o conceito de disfunção pôde ser conceitualizado.

Embora, ainda hoje se discutam as definições das disfunções sexuais femininas e os modelos da resposta sexual nas mulheres, os problemas sexuais femininos têm tido cada vez definições claras e precisas segundo o modelo adotado (BASSON et al. 2004). Além disso, a metodologia de investigação dos estudos iniciais não se mostrava tão rigorosa de forma a se evitarem vieses de resposta ou seleção. Segundo West, Vinikoor e Zolnoun (2004) apenas recentemente os estudos sobre a sexualidade feminina utilizam metodologia adequada de seleção e coleta de informações. Dessa forma pode-se contar com alguma estimativa da prevalência de problemas sexuais na população em geral embora essas estimativas não sejam definitivas.

Em revisão realizada por West, Vinikoor e Zolnoun (2004), os dados referentes às disfunções sexuais foram díspares dependendo do método de coleta de informações - variando de entrevistas clínicas a estudos utilizando-se questionários auto-administrados. Além disso, as autoras encontraram uma variedade muito grande de instrumentos de coleta de informações cujo tempo inquirido variava de semanas a anos e a forma do questionamento poucas vezes

tinha o mesmo padrão de outros estudos, variando-se inclusive a forma de classificação das disfunções. Nesse sentido as autoras sugerem não ser prudente a comparação entre muitos dos estudos revistos. Essa também é a conclusão de outra revisão sobre o assunto que questiona as diferenças metodológicas entre os artigos avaliados (LEWIS et al., 2004b).

Apesar disso, é possível se ter uma estimativa da prevalência das disfunções sexuais femininas a partir de alguns estudos. Poucos estudos falam da incidência desses distúrbios nas mulheres. De acordo com Lewis et al. (2004b) apenas dois estudos em países escandinavos avaliaram incidência de disfunção sexual em 5 anos (particularmente diminuição de desejo sexual) com achado de 40% de incidência em mulheres entre 18 e 74 anos. Os estudos de prevalência são todavia muito mais freqüentes.

Para West, Vinikoor e Zolnoun (2004) a prevalência de disfunção sexual entre mulheres varia de 11 a 20% em estudos baseados em entrevistas clínicas mas tem máximo de 91% em estudos que se utilizam de questionários auto administrados. Segundo Lewis et al. (2004b) os dados descritivos “razoavelmente válidos” indicam uma prevalência entre 40 e 45% de mulheres adultas com ao menos uma disfunção sexual manifesta segundo os critérios do DSM-IV, isto é: segundo os autores mais de um terço das mulheres adultas das sociedades modernas ocidentais apresentam algum problema na função sexual.

Muito embora a metodologia do trabalho seja contestada em virtude de um possível viés de resposta (WEST; VINIKOOR; ZOLNOUN, 2004) o estudo de base populacional mais citado é aquele realizado nos Estado Unidos por Laumann e colaboradores (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). Segundo os autores, cujos dados do levantamento indicaram que cerca de 43% das mulheres nos Estados Unidos apresentavam algum tipo de disfunção sexual, as disfunções sexuais (DS) apresentam maior prevalência entre as mulheres que entre os homens (31% as apresentava) (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999).

Essa diferença entre homens e mulheres também é observada na revisão de Lewis et al. (2004b). Segundo os autores, enquanto 40 a 45% das mulheres apresentam alguma disfunção, isso ocorre com cerca de 20 a 30% os homens. Ainda as DS entre as mulheres relacionam-se com diferentes variáveis. Para West, Vinikoor e Zolnoun (2004) vários estudos sugerem que a característica da relação conjugal e fatores físicos e psicológicos influenciam negativamente na satisfação sexual. Outras variáveis, porém, não apresentam resultados consistentes segundo as autoras.

Dos fatores de risco possíveis encontrados na avaliação de Lewis et al. (2004b), os estudos analisados pelos autores consideraram fatores relacionados às questões socioeconômicas e fatores orgânicos. Dentre os fatores orgânicos apontados com associação positiva estariam algumas patologias como diabetes, doenças cardiovasculares e do trato urinário e distúrbios psiquiátricos como depressão e ansiedade (incluindo-se os efeitos adversos dos tratamentos medicamentosos). No entanto, os autores não observam nesses estudos evidências clínicas suficientes para considerar essas variáveis fatores de risco para disfunção sexual feminina.

Com relação ao estado marital, estar solteira demonstrou associação com o interesse sexual, lubrificação, orgasmo e dispareunia, enquanto dificuldades conjugais associaram-se com baixos níveis de interesse sexual, excitação, orgasmo e com dispareunia. Ainda, outros aspectos da vida familiar como relação com parentes e vida conjugal feliz também estariam associados à disfunção de orgasmo. Também foi considerado associado a baixos níveis de interesse sexual, orgasmo e à dispareunia o baixo nível educacional e baixos níveis socioeconômicos, variável que também estaria associada à diminuição de lubrificação (LEWIS et al., 2004b).

Em revisão realizada por West, Vinikoor e Zolnoun (2004), oito artigos sugerem maior frequência de disfunção com a idade avançada o que, todavia não é observado em três

estudos. O mesmo ocorreria com o casamento que seria fator protetor para dois estudos e fator de risco para disfunção sexual em um terceiro. Mas as diferentes classificações das disfunções respondem de formas distintas em relação a essas e outras variáveis.

Com relação às disfunções do desejo sexual, ainda que sem levar-se em consideração as questões metodológicas de cada estudo e o novo modelo de desejo/excitação, Lewis et al. (2004b) observaram uma variação da prevalência entre 17 e 55% (17% na Grã-Bretanha, 33% nos Estados Unidos e 55% na Austrália) das mulheres com idade variando entre 18 e 74 anos. Os estudos avaliados entretanto são consistentes em relação ao aumento da disfunção com o avançar da idade.

West, Vinikoor e Zolnoun (2004), que observaram uma variação da prevalência de diminuição do desejo sexual entre 10 e 20%, referem que apenas um estudo de base populacional não observou essa associação com idade; nesse estudo a frequência de disfunção de desejo diminuiu a partir dos 40 anos. Ainda, para as autoras além da idade outras variáveis estariam associadas à diminuição do desejo sexual como a longa duração do relacionamento, grande número de filhos e problemas financeiros.

Sobre a excitação, resguardados os questionamentos do modelo que sobrevieram à maioria dos estudos revistos, Lewis et al. (2004b) referem uma prevalência da dificuldade de lubrificação variando entre 8 e 15% em alguns estudos e entre 21 a 28% em estudos que utilizaram metodologia sim/não para avaliação desse parâmetro. Nos estudos que avaliaram as dificuldades de excitação (sem especificar a lubrificação), West, Vinikoor e Zolnoun (2004) encontraram uma prevalência entre 20 e 30% na maioria dos estudos, porém com variações entre 3,6 e 48% dependendo da metodologia. Para as autoras, ainda, dois estudos encontraram aumento da prevalência de disfunção de excitação com a idade.

Dentre os artigos na revisão feita por Lewis et al. (2004b) que avaliaram a anorgasmia, a prevalência de disfunção de orgasmo foi de cerca de 25%. Para West, Vinikoor e Zolnoun

(2004), no entanto, haveria de se fazer uma distinção entre os estudos que avaliaram anorgasmia, cuja prevalência foi tipicamente menor que 20% embora variasse até 50%, e os estudos que avaliaram dificuldade de orgasmo. Nesses a prevalência estaria na faixa de 20 a 30% e seria menos freqüente entre as mulheres de origem latina.

Dentre as disfunções dolorosas, a prevalência de vaginismo foi de 6% (LEWIS et al., 2004b). West, Vinikoor e Zolnoun (2004) encontraram uma prevalência de dispareunia que variou de 0,9 a 75% enquanto Lewis et al. (2004) encontraram variação de 2 a 20%. Porém, estes autores encontraram resultados contraditórios em estudos que relacionavam a dispareunia com a idade, embora West, Vinikoor e Zolnoun (2004) tenham referido ter encontrado estudos com associação negativa entre dispareunia e idade.

No entanto, apesar de diferenças de metodologia entre os estudos epidemiológicos sobre as disfunções sexuais femininas, recentes estudos e revisões contribuem para que se possam fazer estimativas da prevalência desse problema em diferentes populações. No Brasil, Abdo, Moreira e Fittipaldi (2000) e Abdo (2004) encontraram mais mulheres (50,9%) que homens (18,2%) referindo apresentar “alguma” dificuldade sexual, embora esses números representem um contingente bem menor do que a soma dos que se queixaram das disfunções sexuais especificamente.

Em trabalho denominado “Estudo da Vida Sexual do Brasileiro”, Abdo (2004) entrevistou mais de 3000 mulheres maiores de 18 anos e alfabetizadas em diversas regiões do país para avaliar questões relativas à sexualidade. Em seu estudo a autora aponta para a presença de alguns tipos de disfunção entre as mulheres. Segundo a autora, 7,7% das mulheres referiram não ter vida sexual e estavam ativas sexualmente nos doze meses que antecederam a pesquisa 84,7% das mulheres. Referiram apresentar alguma dificuldade sexual 28,5% das mulheres entrevistadas – prevalência que aumenta com a idade - contudo quando somadas as dificuldades específicas, 50,9% das mulheres apresentariam alguma dificuldade sexual.

Para Abdo (2004), 7,9% das mulheres apresentariam aversão sexual e 8,2%, inibição do desejo sexual, prevalência que aumentaria com a idade chegando-se a 19,9% das mulheres acima de 61 anos. Ainda para Abdo et al. (2005), alguns dos fatores que estariam associados ao risco aumentado de inibição do desejo sexual entre mulheres brasileiras seriam a idade avançada, o desemprego e baixos níveis socioeconômicos, além de patologias como da presença de depressão, hipertensão, diabetes, cardiopatia, abuso/dependência do álcool e câncer mamário e de útero (ABDO, 2004).

Dispareunia – mais freqüente durante a penetração – teria sido referida por 17,8% das mulheres, porém com maior prevalência na faixa entre 18 e 25 anos de idade. Quanto à excitação, 26,6% das mulheres queixaram-se de dificuldade sendo essa queixa mais freqüente acima de 61 anos. Sobre a dificuldade de orgasmo, mais mulheres jovens queixaram-se, sendo que no total 26,2% das mulheres teriam dificuldades de obtenção do orgasmo.

Ainda, segundo a autora, as dificuldades sexuais trariam repercussões às mulheres mais intensamente em seu amor próprio, na auto-estima e no relacionamento geral com o parceiro (ABDO, 2004). De fato, dentre as possíveis conclusões dos estudos pode-se apreender que, de um modo geral, as disfunções sexuais femininas se apresentam como importante fator de influência negativa na qualidade de vida das mulheres (BERMAN, 1999).

2.3 Função sexual e contracepção

As práticas contraceptivas são uma necessidade quando se deseja separar sexo de reprodução. As formas de contracepção que temos hoje são produto tanto do desenvolvimento tecnológico quanto da evolução das idéias que se tornaram populares e foram disseminadas

pelo mundo ocidental a partir da segunda metade do século XX, como teorias sobre o crescimento populacional – neo-malthusianismo (VIEIRA, 2002). Mas, sejam por quais motivações, desde o momento em que a prática do ato sexual é desejada de forma divorciada da concepção, a contracepção é uma necessidade.

Nos novos modelos da resposta sexual feminina considera-se que haja outras motivações para o coito além da tentativa de reprodução. Nesse sentido, o método contraceptivo deveria ajudar a separar duas funções biologicamente ligadas mas socialmente construídas de forma distintas: sexo e reprodução. Além disso, para Davis e Castaro (2004) excluindo-se o período curto de tempo em que a mulher busca a gravidez, na maior parte dos anos de vida sexual ativa, a mulher vai fazer uso de algum método contraceptivo. No entanto, nem sempre a prescrição de métodos contraceptivos leva em consideração que de alguma forma essa prática provoca alguma alteração na vida sexual de mulheres e casais (VILELA, 1999).

Idealmente tais métodos não deveriam interferir na qualidade do ato sexual (VITIELLO, 1995). Para Vilela (1999), o uso de contraceptivos só faria sentido em função da atividade sexual e seria um contra senso que um método contraceptivo pudesse trazer piora na qualidade de vida sexual de homens e mulheres. De fato, Oddens (1999) e outros autores apontam que a opção contraceptiva das mulheres e a continuidade do uso de um métodos são fortemente influenciados pela percepção dos efeitos físicos e psicológicos dos contraceptivos (DAVIS; CASTARO, 2004; SCHAFFIR, 2006)

Porém, segundo Vitiello (1995), os métodos contraceptivos não seriam inócuos. Poderia haver conseqüências negativas para a sexualidade em função do uso de alguns métodos. Contudo, como em qualquer atividade humana socialmente construída, a correlação entre o exercício da sexualidade e o uso de métodos anticoncepcionais tem aspectos orgânicos e psicossociais muitas vezes difíceis de serem isolados, que vão desde a organização social até

aspectos do desenvolvimento da personalidade. Ainda segundo o autor, haveria métodos mais ou menos nocivos à atividade sexual.

Dentre os métodos disponíveis, os métodos comportamentais como o coito interrompido e a abstinência periódica poderiam ser fatores de ansiedade e dispersão da atenção e com isso interferirem na resposta sexual, em especial na excitação da mulher. No homem, o coito interrompido seria fator predisponente ou desencadeante de ejaculação rápida e disfunção erétil, e na mulher, da anorgasmia. Além disso, os métodos de abstinência periódica e suas variações podem exigir longos períodos sem relações sexuais o que pode dificultar o encontro sexual e a satisfação dos parceiros (VITIELLO, 1995).

A literatura, contudo, não é concordante nesse ponto. De acordo com Oddens (1999), 28% das mulheres usuárias de métodos naturais referiram uma influência positiva deste método na vida sexual. Mas de acordo com Vitiello (1995), o período peri-ovulatório seria aquele em que existiria maior desejo, maior excitabilidade e maior facilidade de orgasmos, sendo que a abstinência nesses períodos poderia ser ruim para o casal. A observação de Vitiello (1995) de que esses métodos comprometeriam a espontaneidade da relação sexual é observada por estudo de Oddens (1999) que verificou diminuição na frequência e espontaneidade das relações sexuais entre as usuárias de métodos naturais. No entanto, embora haja diminuição na frequência e espontaneidade das relações Oddens (1999) notou aumento do prazer e da disposição para o sexo nessas mulheres, podendo-se encontrar relações sexuais menos frequentes porém mais prazerosas.

Segundo Vitiello (1995), os métodos de barreira também poderiam trazer conseqüências negativas para a atividade sexual. O diafragma teria comuns queixas relacionadas à necessidade da introdução vaginal prévia do dispositivo e à necessidade do uso de concomitante de cremes espermicidas que provocariam um excesso de lubrificação, o que diminuiria o prazer do ato. Além disso, as restrições às posições sexuais menos usuais, em

especial aquelas com a mulher à cavaleiro em que o diafragma poder-se-ia deslocar, seriam outras das influências negativas na atividade sexual do casal.

Assim, o uso de preservativos masculinos teria também uma influência negativa sobre a vida sexual. Em estudo de Oddens (1999) foi observado que o preservativo masculino tivera um impacto predominantemente negativo nos parâmetros de espontaneidade e frequência sexual, bem como no prazer e interesse sexual. Para Vitiello (1995), ao lado de queixas sobre eventuais diminuições da sensibilidade, a retirada do pênis da vagina logo após a ejaculação dificultaria os momentos de relaxamento e intimidade da fase de resolução. Além disso, a necessidade de interrupção dos jogos amorosos para a aplicação da camisinha, vista como anti-estética por muitos casais, poderia provocar uma perda irrecuperável de ereção.

Com referência aos métodos modernos de contracepção (dispositivo intra-uterino (DIU) e métodos hormonais), Oddens, (1999) observou aumento na frequência de relações sexuais, espontaneidade e prazer sexual entre suas usuárias. No estudo de 1999, Oddens observou influência positiva na vida sexual em 36% das usuárias de DIU. De forma semelhante, Martin-Loeches et al. (2003) observaram que a incidência de baixo desejo sexual foi pequena entre as usuárias de DIU. Ainda com relação a esse método, Vitiello (1995) ressalta que interferência direta sobre a sexualidade poderia ser causada em virtude de uma falha técnica na inserção, porém, com respeito ao prolongamento do período de duração da menstruação, que ocorre com o uso do DIU, pode-se eventualmente ouvir queixas de alguns casais que se recusam a manter relações sexuais durante a menstruação (DAVIS; CASTARO, 2004).

A diminuição da intensidade e duração do fluxo menstrual seria um dos fatores que estariam ligados à melhora da função sexual relacionada ao uso de pílulas hormonais. O uso de métodos hormonais estaria associado à regulação e diminuição da intensidade e duração do fluxo menstrual além de diminuição de dismenorréia e dores cíclicas. Cerca de 75% das mulheres de diferentes populações evitam o ato sexual durante a menstruação e quase todas se

abstêm de receber sexo oral nesse período. Ao diminuir a duração do sangramento, haveria menos tempo de restrições à atividade sexual. Ainda, o aumento na auto-estima decorrente da diminuição da acne também corroboraria para a melhora da função sexual ao melhorar a sensação de atratividade (DAVIS; CASTARO, 2004).

De forma geral há grande controvérsia na literatura com relação ao efeito das pílulas hormonais sobre a função sexual de mulheres (VITIELLO, 1995; SCHAFFIR, 2006). Para alguns autores, a presença da progesterona nas pílulas contribuiria para a diminuição da testosterona livre o que estaria diretamente relacionado à diminuição do desejo sexual. No entanto, não haveria evidências dessa relação direta entre concentração sérica de testosterona e libido feminina. (SCHAFFIR, 2006). De acordo com revisão do assunto feita por Davis e Castaro em 2004 vários estudos bem conduzidos sobre o assunto falharam em observar alterações negativas no desejo sexual decorrentes do uso de pílulas hormonais. Ao contrário, os resultados desses estudos sugerem que o uso de pílulas contraceptivas estaria associado à manutenção do desejo sexual na grande maioria das mulheres enquanto uma pequena parcela apresentaria alterações (VITIELLO, 1995; DAVIS; CASTARO, 2004 SCHAFFIR, 2006). O mesmo ocorreria com usuárias de métodos hormonais injetáveis (LI et al., 2004). Aliás, as evidências levariam a observação de que fatores psicológicos sociais e culturais estariam sobrepujando as influências hormonais nas alterações na função sexual de mulheres (GAMBRELL et al., 1976, GRAHAM et al., 1995 apud SCHAFFIR, 2006; MARTIN-LOECHES, et al., 2003,).

A resposta sexual humana seria muito complexa e influenciada por fatores diversos dos biológicos, segundo Vitiello (1995), o simples fato de estar usando um método anticoncepcional poderia trazer a conotação, inconsciente ou não, de premeditação de algo vergonhoso. Assim, respostas individuais poderiam incluir aumento, diminuição e mesmo manutenção da resposta sexual durante o uso de contraceptivos hormonais sem possibilidade

de previsão por qualquer fator. Baseando-se na literatura disponível atualmente, há segurança de que os efeitos adversos dos métodos contraceptivos sobre o exercício da sexualidade existem senão com padrão idiossincrático.

2.4 Laqueadura e função sexual

Em virtude da esterilização cirúrgica ser uma intervenção em mulheres previamente sadias, a avaliação da resposta sexual faz-se muito importante. Além disso, um método contraceptivo não deve interferir de modo negativo na qualidade da vida sexual quando se o que se deseja com o uso desse método é separar sexo (e sua conotação social) de reprodução (e sua conotação biológica). Nesse sentido, as pesquisas de avaliação dos efeitos da laqueadura tubária com alguma frequência incluem a avaliação da função sexual.

Vários estudos tentam avaliar o impacto de diferentes tipos de contraceptivos na vida sexual das mulheres usuárias. Dentre esses métodos alguma importância é dada à repercussão da laqueadura tubária sobre o comportamento e resposta sexual. No entanto, a maior parte das pesquisas com diferentes metodologias enfatiza a ausência de mudanças na vida sexual das mulheres decorrente da laqueadura tubária.

Poucos estudos observaram majoritariamente piora na função sexual após a esterilização. Segundo Saraiva et al. (1995) e Merino, Jiménez e Sánchez (1997) esses estudos eram na generalidade estudos retrospectivos e com pequeno tempo de avaliação, além disso não havia grupo controle, a idade seria um fator de confusão e as conclusões eram de caráter empírico. Ao comparar casais submetidos à laqueadura e vasectomia, Adler et al. (1981) encontraram menor satisfação sexual nas mulheres laqueadas quando comparadas às esposas

cujos maridos haviam sido vasectomizados. Em trabalhos recentes, com metodologias diversas, os dados mostram repercussão para pior na vida sexual entre 0 a 15 % das mulheres avaliadas (COOPER et al., 1982, KIJER, 1990; SARAIVA et al., 1995; MERINO; JIMÉNEZ; SÁNCHEZ, 1997; BARBOSA; VILLELA, 1995; HILLIS et al., 1999; COSTELLO et al., 2002). A maior parte dos estudos, porém, sugere fortemente que a atividade sexual após a laqueadura tubária não sofre alterações ou, quando se altera, apresenta primordialmente melhora.

Apesar do estudo de Shain et al. (1991) ter observado um aumento na frequência sexual num curto período após a esterilização (primeiro ano), a maior parte dos estudos conduzidos nos EUA, Europa e Brasil não demonstraram impacto na frequência de relações sexuais entre mulheres submetidas à laqueadura tubária (COOPER et al., 1982, SHAIN et al. 1991; SARAIVA et al., 1995; BARBOSA; VILLELA, 1995). O mesmo ocorrendo com outros parâmetros da resposta sexual como desejo, prazer e satisfação sexual.

Segundo revisão feita por West, Vinikoor e Zolnoun (2004), os estudos em língua inglesa que avaliaram o desejo e interesse sexual e a esterilização cirúrgica, esses parâmetros permaneceram inalterados entre 51% e 80% das mulheres estudadas. Costello et al. (2002), em estudo prospectivo envolvendo cerca de 4.500 mulheres norte-americanas submetidas à esterilização cirúrgica, observaram que a laqueadura tubária não se associava a mudanças no interesse ou prazer sexual. Mesmo avaliando mulheres sem filhos, Smith et al. (1994) encontraram manutenção ou aumento dos níveis de satisfação sexual três anos após o procedimento da laqueadura tubária .

Em estudo com mulheres chinesas, Tang e Chung (1997) não encontraram associação entre a esterilização feminina e alterações psicológicas adversas, incluindo desajuste sexual. Os autores também não observaram associação entre fatores demográficos, como idade, paridade e duração do casamento com ajuste sexual após a esterilização.

Para Vitiello (1995), embora existam queixas de alterações orgânicas após a laqueadura, não existiria, em princípio, qualquer interferência orgânica da esterilização cirúrgica sobre o exercício da sexualidade. No entanto, vários estudos relataram melhora na atividade sexual seguinte à laqueadura. Para Costello et al. (2002), dentre as mulheres que referiam alteração esta, na maioria das vezes, estava associada à melhora dos parâmetros avaliados (interesse e prazer sexual), assim concluíram que, em geral, a laqueadura tubária tem um efeito positivo na função sexual feminina.

Melhora na vida sexual de forma geral foi referida por 57% das mulheres estudadas por Oddens (1999) e os parâmetros de espontaneidade, prazer e frequência sexual também tiveram aumento. Para Merino, Jiménez e Sánchez (1997), que avaliaram 100 mulheres espanholas entre 30 e 40 anos um ano após a laqueadura tubária, a esterilização foi responsável por melhoria nos parâmetros de frequência, desejo, orgasmo e satisfação sexual e aumento significativo do bem estar psicossocial. Em estudo de Hillis et al. (1999), 53% da amostra referiu melhora do prazer sexual após o procedimento. Estudo de Saraiva et al (1995) com mulheres portuguesas revelou que o interesse sexual e a frequência coital haviam melhorado ou permanecido no mesmo padrão após a laqueadura tubária em todas as 308 mulheres estudadas.

COOPER et al. (1982) investigando alterações psiquiátricas em 201 mulheres observaram melhora significativa tanto na frequência quanto na satisfação sexual após a esterilização. Melhora na satisfação sexual foi relatada ainda por 6 a 55% das mulheres em diferentes estudos, enquanto até 7% referiram piora na satisfação sexual (COOPER et al., 1982 KJER, 1990; SARAIVA et al., 1995). Li et al. (2004) observaram significante melhora na satisfação sexual e disposição para a relação sexual após 3 meses do procedimento de esterilização em comparação aos resultados antes do uso do método contraceptivo.

No Brasil, para Osis et al. (1999), significativamente mais mulheres laqueadas atribuíram melhora na vida sexual. Para Gonçalves (2003), o desejo sexual após a cirurgia melhorou para 56,9% na percepção do grupo da laqueadura. Em estudo qualitativo, Minella (1998) observou que as mulheres entrevistadas referiram que a esterilização feminina melhorou a tranquilidade da vida sexual com o marido. Além disso, Sánchez, Merino e Jiménez (1997) observaram melhora do relacionamento marital após a laqueadura tubária em mulheres espanholas.

Segundo Vitiello (1995), esses dados seriam coerentes pois a piora no exercício da sexualidade em decorrência da esterilização viria senão ocasionada pelo sentimento de culpa por negar a maternidade e o “impulso maternal”. Essa culpa seria pior e influenciaria mais intensamente a sexualidade do casal quando estivesse associada a arrependimento e quando a opção pela laqueadura houvera sido feita menos por vontade do casal que por outros imperativos.

De fato, para Costello et al.(2002) apenas a variável “arrependimento” mostrou alguma associação com a mudança nos parâmetros da sexualidade estudados. Mas não encontraram associação entre as variáveis interesse e prazer sexual e as variáveis sócio-demográficas (idade, raça, educação, estado marital e número de filhos). História ginecológica, aborto, cirurgia pélvica e doença crônica também não apresentaram associação com as prazer ou interesse sexual. Mesmo levando-se em conta como variáveis de confusão a idade na esterilização e o tempo entre o nascimento do último filho e a laqueadura tubária, os autores consideraram o arrependimento como a única variável associada à diminuição e ao aumento do prazer e interesse sexual. (COSTELLO et al., 2002). Da mesma forma, Kier (1990) também observou que o arrependimento seria um fator de predição da diminuição do interesse sexual.

Alguns estudos estabelecem comparação entre as conseqüências da esterilização cirúrgica e de outros métodos contraceptivos para a função sexual do casal. Shain et al. (1991) e Cooper et al. (1982) observaram melhora nos parâmetros desejo e prazer sexual nas mulheres laqueadas quando comparadas a mulheres usuárias de métodos reversíveis. Li et al. (2004) que observaram melhora na satisfação sexual dentre as mulheres submetidas à laqueadura tubária, não observaram mudanças dentre as usuárias de outros métodos contraceptivos. Osis et al. (1999) observaram que duas vezes mais mulheres esterilizadas relataram melhora na vida sexual (13,6%) comparadas a usuárias de outros MACs (6,9%).

Apesar das razões estarem ainda incertas, vários autores referem que a percepção das mulheres quanto à alta eficácia da esterilização cirúrgica possa servir de base para a melhora na vida sexual. O efeito dessa melhora, segundo Costello et al. (2002), parece ser em parte biológico pois remove a possível existência de efeitos colaterais provenientes de outros métodos de planejamento familiar, mas também em parte comportamental, em função da remoção do medo da gravidez indesejada.

Merino, Jiménez e Sánchez (1997) observaram que o medo da gravidez antes da esterilização seria o principal fator associado ao baixo desejo sexual. Em seu estudo a média era de 4 filhos por mulher e 67% das mulheres faziam uso inadequado de contraceptivos orais. Assim, a esterilização poderia produzir uma liberação das emoções negativas de medo que estariam bloqueando a expressão do desejo sexual.

Pode-se esperar que dentre as mulheres brasileiras a esterilização cirúrgica possa servir como um instrumento de libertação de um fardo – a responsabilidade pela contracepção do casal - e que isso possa influenciar a qualidade da vida sexual (VILLELA; BARBOSA, 1996, LIMA; LUZ, 2004). Vários trabalhos ainda argumentam que o peso pela contracepção recai incisivamente sobre seus cuidados e responsabilidades e que as mulheres não têm autonomia para vivenciar a sexualidade (VILLELA; BARBOSA, 1996; MINELLA, 1998; OSIS, 2001).

A LT significaria um ato de desespero, uma saída diante do que se apresenta para as mulheres como um beco sem saída (CORRÊA, 1993).

Assim, a tranquilidade que as mulheres adquirem a partir da certeza de que não vão mais ter filhos pode vir a libertar a mulher para ter uma vida sexual melhor. Contudo, para OSIS et al., (1999) essas mulheres, quando falam das mudanças na vida sexual podem estar se referindo a algo mais restrito que uma liberação sexual; o alívio seria o determinante dessa mudança. Essas mulheres estariam simplesmente fazendo referência a uma vida sexual menos atemorizada.

É nesse sentido, nessa dualidade entre o desejo de esterilizar-se, socialmente construído, e os riscos do procedimento que hoje grande parte das mulheres brasileiras se encontra. Numa queda de braço entre a pressão social em direção ao procedimento e as consequências do mesmo tanto para seu funcionamento físico, psíquico, social quanto sexual. Com relação ao exercício da sexualidade, consoante opinião de outros autores, seria um contra-senso que um método que servisse para ajudar a divorciar sexo de reprodução trouxesse consequências indesejadas à expressão da sexualidade e ao funcionamento sexual dessas mulheres. E em sendo um procedimento dessa sorte impingido em um corpo previamente sadio, não é demais necessário o conhecimento pleno de suas consequências e repercussões. Dessa forma o presente estudo aponta para esse fim: conhecer as repercussões desse procedimento sobre esse aspecto da sexualidade feminina.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Verificar a ocorrência de disfunção sexual e de variáveis a ela associadas entre as mulheres submetidas à laqueadura tubária pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2000 a 2004 na cidade de Ribeirão Preto (SP).

3.2 Objetivos específicos

- Proceder à adaptação transcultural de um instrumento para a avaliação da função sexual feminina.
- Descrever as características das mulheres esterilizadas quanto aos aspectos sociodemográficos e educacionais.
- Verificar a ocorrência de disfunção sexual nas mulheres submetidas à laqueadura tubária.
- Investigar como a variável **disfunção sexual** se altera em função das variáveis independentes: idade atual, estado marital atual, cor, escolaridade, condições socioeconômicas, religião, número de filhos vivos, método contraceptivo utilizado imediatamente antes da laqueadura, número de gravidezes, número de partos normais, número de partos cesáreas, número de abortos, tempo de esterilização, satisfação com a cirurgia, arrependimento, dor pélvica, alterações de peso, dismenorréia, idade na esterilização, característica da relação conjugal, mudança no relacionamento conjugal, mudança na vida.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

A investigação foi desenhada para ser realizada através de estudo tipo transversal, cujos dados foram obtidos por meio de inquérito da função sexual entre as mulheres laqueadas. O modelo adotado não se fundamentou na causalidade entre fatores estudados, mas na associação entre eles.

Este estudo é parte de um componente de um projeto de pesquisa de Vieira (2005) intitulado “AVALIAÇÃO DA OFERTA E SATISFAÇÃO COM OS MÉTODOS CIRÚRGICOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR APÓS A IMPLANTAÇÃO DA LEI 9263 NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO (SP)” que teve por objetivo geral avaliar a oferta e uso de métodos cirúrgicos de esterilização pelo Sistema Único de Saúde após a implantação da lei 9.263. O componente do qual este estudo faz parte trata da satisfação com a obtenção da esterilização, com o aconselhamento recebido e o serviço ofertado.

Como componente desse projeto maior, o presente estudo avaliou as questões referentes à resposta sexual das mulheres esterilizadas e sua relação com a laqueadura tubária. Para tanto foram desenvolvidas as seguintes etapas:

1. Adaptação transcultural do instrumento para avaliação da função sexual do idioma inglês para o português.
2. Coleta e análise dos dados segundo as variáveis escolhidas.

4.2 População estudada, critérios de inclusão e exclusão

Participaram da amostra as mulheres que realizaram voluntariamente a esterilização cirúrgica pelo planejamento familiar, em Ribeirão Preto (SP), entre o período de fevereiro de 2000 a dezembro de 2004. Após a implantação e regulamentação da lei federal 9.263, que discorre sobre parâmetros para a realização de esterilização em homens e mulheres, em Ribeirão Preto (SP) foram realizadas 1824 cirurgias de esterilização feminina pelo Sistema Único de Saúde entre fevereiro de 2000 e dezembro de 2004. O presente estudo, através de um processo de amostragem sistemática, fez uma análise de uma amostra probabilística representativa dos casos atendidos, o que totalizou 235 casos.

Ainda como critério de inclusão, foram consideradas na análise apenas as mulheres que já haviam tido relação sexual uma vez na vida. Dado que as mulheres entrevistadas eram oriundas de um programa de planejamento familiar e que passaram por uma cirurgia de esterilização cirúrgica, considerou-se que todas as mulheres da população estudada já tinham tido relação sexual uma vez na vida. Como critérios de exclusão, além da recusa em responder o questionário, foram excluídas da análise da função sexual todas as mulheres que não responderam a pelo menos uma questão do instrumento de avaliação da função sexual.

4.3 Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e sobre a esterilização

As mulheres participantes do estudo responderam a um questionário com perguntas abertas e fechadas, conduzido por entrevistadora treinada. A entrevista realizou-se no

domicílio da entrevistada. O instrumento continha questões referentes a informações sociodemográficas (questões de 02 a 11, 13 e 14), história reprodutiva (questões 12 e 17), sobre a esterilização cirúrgica e alterações clínicas (questões 15, 16, de 18 a 29, de 30 a 38) e assistência hospitalar (questões 39 a 45) (APÊNDICE A).

Previamente à aplicação, o questionário foi testado pelas supervisoras de campo treinadas pela investigadora do projeto principal com o objetivo de verificar inconsistências e pertinência das questões, adequação da linguagem e da formatação do questionário. Como o estudo principal também contemplava a entrevista com homens submetidos à vasectomia, para o pré-teste do questionário foram sorteadas 12 pessoas, sendo sete mulheres e cinco homens, que haviam sido esterilizados pelo planejamento familiar do SUS em Ribeirão Preto (SP) no ano de 2005, período fora do sorteio da amostra da pesquisa. Num total, foram aplicados 08 questionários em população e contexto similar ao da pesquisa. Houve quatro perdas, duas devido à mudança de endereço e outras duas por endereço inconsistente.

Após o pré-teste foram feitas alterações no questionário que visaram melhor aplicabilidade e adequação da linguagem. Além disso, foi possível antever algumas dificuldades que poderiam ocorrer durante a entrevista e antecipá-las às entrevistadoras conforme consta no manual da entrevistadora (APÊNDICE B).

4.4 Instrumento de avaliação da função sexual

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de informações distintos, muito embora tenham sido aplicados simultaneamente, um questionário para avaliação das características sócio-demográficas conforme descrito anteriormente e como instrumento de avaliação da

função sexual utilizou-se um questionário previamente desenvolvido em outro contexto lingüístico.

Para a avaliação da função sexual optou-se, então, por utilizar um instrumento que pudesse avaliar conjuntamente os aspectos subjetivos e objetivos da resposta sexual das mulheres (ALTHOF, 2005). Há alguns anos o desenvolvimento de instrumentos para avaliação da função sexual vem sendo objeto de estudos em função, inclusive, do refinamento da classificação diagnóstica das disfunções sexuais femininas (BASSON et al., 2000; BASSON et al., 2004). E instrumentos de avaliação da função sexual das mulheres têm sido desenvolvidos e validados baseando-se nessas novas orientações diagnósticas.

Até então, as medidas das alterações fisiológicas desempenharam importante papel na avaliação da função sexual (ROSEN, 2002). Porém, enquanto ganham em objetividade, os métodos diretos de medida da resposta sexual humana perdem em praticidade e não são capazes de avaliar as questões subjetivas envolvidas na função sexual (PASQUALOTTO, 2005), cuja importância na prática clínica e na pesquisa tem aumentado (DAKER-WHITE, 2002). Além disso, as sensações físicas da resposta sexual feminina, mesmo quando conscientemente percebidas, nem sempre se traduzem em uma experiência sexual subjetiva (BASSON, 2002, 2005).

Na prática clínica, as entrevistas estruturadas e abertas oferecem o melhor método de avaliação dos componentes da função sexual e são muito utilizados em consultórios médicos e psicológicos. Como complementação da entrevista, Rodrigues Jr. (1999) propõe a utilização de inventários cuja finalidade seria acrescentar informações e favorecer o contato do paciente com certos temas de difícil abordagem. Porém, a aplicação desses métodos em estudos epidemiológicos de larga escala ainda carecem de maior avaliação e validação (ROSEN, 2002) além de não oferecerem praticidade.

Ainda, segundo Rosen (2000), a forma mais adequada de se avaliar a função sexual em mulheres seria no seu contexto natural e os questionários desenvolvidos especialmente para essa finalidade seriam atualmente a única forma disponível para esse tipo de medida. Para Ciconelli (2003), são os questionários que têm a finalidade de transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis de forma global ou específica. Em consenso sobre a classificação das disfunções sexuais femininas, Basson et al. (2000) apontam como extremamente recomendadas a padronização e validação de questionários para a avaliação da função e resposta sexual feminina.

Atualmente, grande variedade de questionários tem sido desenvolvida com a finalidade de avaliar a função sexual entre homens e mulheres. Questionários breves e auto-aplicados (*Brief-reports* e *Self-reports*) (TAYLOR; ROSEN; LEIBLUM, 1994, ROSEN et al., 2000, QUIRK et al., 2001), assim como diários e registros de eventos (*Daily diary* e *Event logs*), têm sido usados em larga escala em estudos clínicos. Sobre esses métodos, segundo Althof et al. (2005), os homens têm a capacidade de reportar com facilidade a ocorrência e a característica da ereção, e isso seria a base dos estudos que utilizam a metodologia de *event logs* e *diary events*. Porém, segundo o autor, isso não pode ser considerado com relação à excitação feminina, que é de difícil caracterização e apresenta um componente subjetivo muito importante.

Ao contrário dos questionários auto-aplicados cuja característica importante diz respeito à escala que utilizam, pois são delineados para utilizar a escala ordinal e de intervalo, que tem a capacidade de detectar diferenças sutis a um nível sofisticado de medida, os diários e calendários de eventos utilizam uma escala nominal que não permite obter nuances sutis nas informações sobre o objeto de estudo (ALTHOF, 2005). Além disso, sobre os diários e calendários de eventos, embora tenham sido desenhados para serem preenchidos imediatamente após um encontro sexual, algumas evidências sugerem que isso não acontece,

o que coloca em questionamento uma das vantagens desses métodos: não depender de recordação dos eventos (STONE et al., 2003).

Para Rosen (2002) e Althof et al. (2005) os métodos mais adequados para se avaliar a função sexual feminina levando-se em consideração a característica subjetiva da resposta sexual feminina seriam os questionários auto-aplicados, que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade e validação. Dentre os mais estudados atualmente estão o *Brief Sexual Function Index for Women* (BSFI-W) (TAYLOR; ROSEN; LEIBLUM, 1994) e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (ROSEN, 2002). Esses métodos, segundo Rosen (2002), são também sensíveis em avaliar intervenções. Relilli e Meston (2005), comparando a pletismografia vaginal, *event logs* e o FSFI, concluíram que este último foi o único método capaz de prever melhora após o tratamento.

Os questionários auto-aplicados, porém, têm limitações. Uma pessoa pode não querer dizer de suas experiências com precisão, ou mesmo, ela pode não ser uma observadora de fiel de suas próprias experiências. Além disso, esses questionários precisam confiar na rememoração do evento ocorrido anteriormente (ALTHOF, 2005).

No Brasil, Abdo, Moreira e Fittipaldi (2000) apresentaram questionário com objetivo de avaliar ampla e detalhadamente hábitos, tendências e práticas sexuais da população brasileira. Em sua avaliação os autores propõem um questionário simplificado para detectar possíveis portadores de dificuldades sexuais de diferentes níveis (ABDO; MOREIRA; FITTIPALDI, 2000, 2002; ABDO, 2004). Este instrumento, porém, não se restringe à avaliação dos domínios da função sexual, mas pesquisa outros aspectos do comportamento sexual não pertinentes ao escopo da dissertação em pauta. Segundo Rosen et al. (2000), problemas que afetem um domínio da resposta sexual humana podem interagir com outros desordens de uma forma complexa resultando potencial viés na categorização das disfunções sexuais. Assim, há necessidade de instrumentos capazes de avaliar a relativa força da disfunção em cada domínio.

Um método que congrega as características de ser prático para aplicação em estudos de campo, avaliar a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina e transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis é o *Female Sexual Function Index* (FSFI), proposto por Rosen et al. (2000) e validado por outros autores (MESTON, 2003; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). O FSFI foi projetado para ser um instrumento de avaliação de estudos epidemiológicos que respeita a natureza multidimensional da função sexual feminina. O objetivo do instrumento é ser sumário, válido e seguro na avaliação da função sexual feminina (ROSEN, 2000). Segundo Lewis et al. (2004), uma das vantagens do FSFI é ele ser um índice bem validado e baseado numa recente classificação das disfunções sexuais femininas.

O FSFI é um questionário breve, que pode ser auto-aplicado, e que se propõe avaliar a sexualidade feminina em seis domínios de acordo com a classificação proposta por Basson et al (2000): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, são apresentadas dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresenta escores em cada área de domínio. Deve-se notar que se o escore de algum domínio for igual a zero isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total (quadro 4). No desenvolvimento do instrumento original, os autores (ROSEN et al., 2000) propuseram essa forma de homogeneizar a influência de cada domínio no escore total baseando-se em um algoritmo computacional simples. Caso não houvesse o fator de multiplicação os domínios participariam com pesos diferentes na composição do escore.

Assim, para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores das questões de cada domínio, multiplicar essa soma pelo fator de correção e então somar os valores de cada

domínio. A partir do valor do escore total seria possível discriminar entre as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005).

Alguns pontos ainda apóiam o uso do FSFI como uma ferramenta de triagem: poucos questionários foram validados em amostras de múltiplas disfunções e, além disso, nenhum ponto de corte foi desenvolvido ou foi validado para qualquer dos questionários existentes. (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). Ainda, o questionário em pauta tem sido submetido a adaptação para outros idiomas além do inglês e tem sido validado nessas línguas (BLÜMEL et al., 2004; KUILE; BRAUER; LAAN, 2006).

Nesse sentido, apesar de ainda não adaptado à língua portuguesa, o questionário desenvolvido por Rosen et al. (2000), o *Female Sexual Function Index*, mostrou ser um método psicometricamente adequado, fácil de administrar e capaz de discriminar os grupos que apresentam ou não alguma disfunção sexual. Dessa forma o método pareceu ser o mais adequado para avaliar a presença de disfunção sexual entre as mulheres submetidas à laqueadura tubária. Além disso, a possibilidade de comparação com outros grupos populacionais de países de outras línguas é fator importante na escolha desse método. Assim, previamente ao campo de coleta de dados procedeu-se a adaptação transcultural do questionário de forma a propor uma versão para ser utilizada na língua portuguesa e no Brasil.

4.4.1 Adaptação transcultural do instrumento FSFI: método utilizado

Antes da adaptação transcultural obteve-se a autorização do pesquisador principal do grupo que elaborou o instrumento (ROSEN et al., 2000) (ANEXO A). O processo de avaliação de equivalência transcultural foi desenvolvido segundo Guillemín, Bombardier e

Beaton (1993) baseando-se em estudos similares anteriores realizados e publicados no Brasil e artigos que discutem os procedimentos de adaptação transcultural de um questionário (JORGE, 1998; FALCÃO; CICONELLI; FERRAZ, 2003; REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANNB, 2000). A este modelo acrescentou-se a etapa de apreciação formal de equivalência semântica realizada por Reicheinhem, Moraes e Hasselmannb (2000). O estudo envolveu cinco etapas: tradução, retrotradução, apreciação formal de equivalência semântica, crítica final por especialistas com avaliação de outros aspectos além da questão semântica e pré-teste do instrumento com incorporação de pequenas modificações.

1. Etapa 1: consistiu de duas traduções do instrumento original (inglês) para o português, realizadas de forma independente. A primeira tradução (T1) foi feita por um grupo de profissionais com experiência na área temática (sexualidade) e fluentes no idioma inglês. Um profissional de nível superior formado em tradução (tradutor juramentado) procedeu à segunda tradução (T2).
2. Etapa 2: T1 e T2 foram retrotraduzidas (vertidas) para o inglês por dois profissionais de nível superior formados em tradução (tradutores juramentados) (R1 e R2). Tais retrotraduções ocorreram de forma independente.
3. Etapa 3: a apreciação formal da equivalência semântica foi realizada por um profissional distinto dos envolvidos nas etapas 1 e 2: formação em Letras e especialização em inglês. Duas questões distintas foram apreciadas:
 - a. A equivalência semântica entre o original e cada uma das versões sob a perspectiva do significado referencial dos termos/palavras constituintes. O significado referencial representa as idéias ou objetos do mundo que uma única palavra ou um conjunto de palavras aludem. Assume-se que existe uma correspondência literal entre os termos se o significado referencial é o mesmo no original e na respectiva versão (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

b. O significado geral de cada pergunta, instrução ou opção de resposta. Esta correspondência vai além do significado literal de termos e leva em consideração seu impacto no contexto cultural da população-alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Esta avaliação é importante porque mesmo que haja correspondência literal, isso não significa que haja uma mesma significação subjetiva em culturas diferentes.

Os três formulários foram submetidos à apreciação de um profissional formado em letras e com especialização em inglês para avaliar os dois tipos de significados. Dois formulários continham perguntas, instruções ou opções de resposta do original, posicionadas lado-a-lado às das duas versões. Um terceiro formulário continha pares com as assertivas das duas versões, que serviu somente como estratégia de mascaramento.

Na parte usada para apreciar o significado referencial, a equivalência entre pares de assertivas foi avaliada numa escala analógico-visual, contínua, entre 0% e 100%. Na parte do formulário usada para a avaliação de significado geral, foi usada uma avaliação qualitativa em quatro níveis: inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA) ou completamente alterado (CA).

4. Etapa 4: Três juízes com fluência nos dois idiomas e experiência na área temática participaram do processo no qual se realizou uma crítica das etapas anteriores. A partir da identificação dos problemas e discordâncias entre as duas retrotraduções foi proposta uma versão sintética, escolhendo e incorporando itens de cada uma. O objetivo da equipe foi escolher a melhor forma de se expressar o mesmo conceito de cada sentença simultaneamente nas duas línguas. Além disso, procurou-se eliminar ambigüidades e redundâncias. Essa etapa foi também responsável por avaliar outros aspectos além da equivalência semântica. Foram verificadas ainda a equivalência idiomática, ou seja, relativa às expressões próprias do idioma e coloquiais; a equivalência cultural ou experimental, se as situações evocadas na cultura de origem do instrumento têm a mesma referência na cultura

de destino; a equivalência conceitual, a manutenção da validade na versão final do mesmo conceito explorado na versão original; e a equivalência de pontuação, isto é, da forma de pontuação da versão final em comparação com a versão original.

5. Etapa 5: Pré-teste do instrumento: foram entrevistadas 10 mulheres em idade fértil (com idade entre 20 e 44 anos - mediana 32 anos) recrutadas no ambulatório de ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Santa Lúcia (SP), região de Ribeirão Preto (SP), em consultas de retorno com o vínculo médico já estabelecido. As entrevistas ocorreram ao final da consulta médica de rotina, cuja anamnese contempla questões sobre a função sexual das pacientes. Após a abordagem o questionário foi aplicado face a face no consultório médico por ginecologista naquelas que aceitaram participar da entrevista. Ao final da entrevista, as mulheres foram perguntadas sobre a clareza das perguntas do questionário da seguinte forma: “Existe alguma palavra ou questão que eu lhe disse e que você não entendeu, não conhece ou gostaria de perguntar?”. Além dessa resposta foi anotado o tempo de duração da entrevista – que variou entre 8 e 23 minutos (média 14,2 minutos). Após o pré-teste do questionário, outras modificações foram realizadas visando tornar a versão em português mais coloquial e aceitável para a população alvo.

4.4.2 Adaptação transcultural do instrumento FSFI: resultados

A avaliação do processo e a revisão bibliográfica sugerem que os conceitos utilizados na versão original do instrumento eram adequados ao contexto cultural brasileiro. Porém, optou-se por adaptar algumas palavras para oferecer mais clareza dos termos utilizados.

4.4.2.1 Avaliação da equivalência semântica: etapas 3 e 4

De forma geral, sobre a avaliação da equivalência semântica as duas versões mostraram-se semelhantes. De 32 itens de assertivas (instruções, questões e respostas), 20 eram similares segundo a etapa 3 do processo. Dos 12 itens que apresentaram divergências na avaliação do significado geral e referencial alguns pares de assertivas apresentaram grande divergência (tabela 1). Nas instruções, ambas retrotraduções da definição de ato sexual (sexual intercourse) receberam pontuação MA e 40 na avaliação do significado geral e referencial, respectivamente. A mesma situação ocorreu na comparação da opção de resposta da questão 01. Outros pares de assertivas que apresentaram divergência na comparação foram: Questão 02 que recebeu notas MA e 60 na retrotradução 2 e IN e 100 na retrotradução 1; Questão 04 com notas MA e 60 na retrotradução 1 e IN e 100 na retrotradução 2; Opção de resposta da questão 05 com notas CA e 0 na retrotradução 2 e IN e 100 na retrotradução 1; Opção de resposta da questão 13 com notas PA e 80 na avaliação dos significados geral e referencial na retrotradução 1 e IN e 100 na retrotradução 2.

Os demais pares receberam notas PA para significado geral e notas entre 60 e 80 no significado referencial. Quando houve discordância entre as retrotraduções quanto ao significado referencial ou geral, optou-se pela de maior pontuação. Porém, quando não houve discordância, essa opção foi feita segundo julgamento dos juízes levando-se em conta aspectos estilísticos e de clareza dos termos, optando-se ora por uma tradução, ora por outra e ora modificando-se ou mesclando-se termos similares nas duas traduções (tabela 2).

A avaliação da etapa 4 objetivou ainda, conforme sugere Guillemín, Bombardier e Beaton (1993), avaliar as equivalências idiomática, cultural, conceitual e de pontuação entre a versão original e a versão final para montar a versão final com sentenças curtas, evitando-se o uso de

pronomes, voz passiva, metáforas e palavras de significado amplo ou vago. A tabela 2 traz alguns exemplos das traduções e versões, a escolha e o comentário que justifica aquela escolha. A seguir serão descritos os resultados de acordo com a parte do questionário.

Tabela 1-Resultados da avaliação do significado geral e referencial (etapa 3)
– somente resultados com significado geral alterado e significado referencial
diferente de 100%

Retrotradução 01	ORIGINAL	SG	SR	Retrotradução 02	ORIGINAL	SG	SR
2- How would you evaluate your level of sexual desire or interest over the past four weeks?	2- Over the past four weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	In	100	2- During the last four weeks, how would you quantify your level (degree) of sexual desire or interest?	2- Over the past four weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	Ma	60
4 - How would you evaluate your level of sexual arousal over the past four weeks?	4- Over the past four weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	Ma	60	4 - Over the last four weeks, how would you rate your level of sexual arousal during sexual activity or intercourse?	4- Over the past four weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	In	100
6- How often (how many times) did you feel satisfied with your arousal level during sexual activity or intercourse over the past four weeks?	6- Over the past four weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	Pa	80	6- Over the last four weeks, how often (did you feel satisfied with your arousal during sexual activity or intercourse?	6- Over the past four weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	Pa	60
Very high confidence	Very high confidence	In	100	Completely sure	Very high confidence	Ca	0
High confidence	High confidence			Very sure	High confidence		
Moderate confidence	Moderate confidence			Moderately sure	Moderate confidence		
Low confidence	Low confidence			Insure	Moderate confidence		
Very low or no confidence at all	Very low or no confidence			Very insure or not at all sure	Low confidence		
I had no sexual activity	No sexual activity			No sexual activity	Very low or no confidence		
					No sexual activity		
Very satisfied	Very satisfied	Pa	80	Very satisfied	Very satisfied	In	100
Moderately satisfied	Moderately satisfied			Moderately satisfied	Moderately satisfied		
More or less satisfied	About equally satisfied and dissatisfied			Almost as satisfied as dissatisfied	About equally satisfied and dissatisfied		
Moderately unsatisfied	Moderately dissatisfied			Very dissatisfied	Moderately dissatisfied		
Very unsatisfied	Very dissatisfied			No sexual activity	Moderately dissatisfied		
Did not try to have intercourse	Did not attempt intercourse			Did not try to have sexual intercourse	Very dissatisfied		
					No sexual activity		
					Did not attempt intercourse		

SG: Significado geral segundo as categorias: IN –inalterado, PA - pouco alterado, MA - muito alterado ou CA - completamente alterado; SR: significado referencial segundo escala contínua entre 0% e 100%.

Tabela 2-Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento em inglês e duas versões em português: exemplos das modificações

Original	Tradução 01	Retrotradução 01	Tradução 02	Retrotradução 02	Escolha	Comentário
Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.	Ato Sexual é definido somente quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.	Sexual intercourse is defined only as the penetration (entering) of the penis into the vagina.	Relação sexual é definida como penetração do pênis na vagina.	Sexual intercourse is defined as the penile penetration in the vagina.	T1(M)	Aqui a escolha se deu na avaliação do processo, quando se observou que “relação sexual” é entendida entre nós como mais ampla que ato sexual. Foi escolhida a tradução 1 mas foi retirada a palavra “somente”.
Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.	Estímulo Sexual inclui situações como jogos amorosos preliminares com o parceiro(a), auto estimulação (masturbação) e fantasias sexuais (pensamentos).	Sexual stimulation includes situations like foreplay with the partner, self-stimulation (masturbation) and sexual fantasies (thoughts).	Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual.	Sexual stimulus includes situations as preliminary caresses with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.	T2 (M)	Foi acrescentado o termo “(pensamentos)” para diferenciar fantasia sexual (processo cognitivo) de fetiche sexual
Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.	Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares.	Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects. It may include sensations as heat or swelling of the genitalia, lubrication (wetness), or muscle contractions.	Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações de calor ou formigamento nos genitais, lubrificação (sentir-se molhada) ou contrações musculares.	Sexual arousal is a sensation which physical as well as mental components. It may include sensations like feeling hot or genital tingling, lubrication (feeling wet) or muscle contractions.	T1	“Formigamento”, contido na tradução 2 transmite sensação de “dormência”, assim, como não houve diferença na comparação semântica entre as versões, optou-se pela tradução 1.
5- Over the past four weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	5- How confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse over the past four weeks?	5- Nas últimas 4 semanas, quão convicta você estava de que ficaria excitada sexualmente durante a atividade ou relação sexual?	5- Over the last four weeks, how sure were you that you would become sexually excited during sexual activity or intercourse?	T1	Na retrotradução 1, a palavra “confident” é idêntica ao original, enquanto “sure”, apesar de não comprometer o significado, difere do original; portanto optou-se pela palavra “confident”, contida na retrotradução 1.
6- Over the past four weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	6- How often (how many times) did you feel satisfied with your arousal level during sexual activity or intercourse over the past four weeks?	6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade ou relação sexual?	6- Over the last four weeks, how often (did you feel satisfied with your arousal during sexual activity or intercourse?	T1	Alteração na comparação semântica: significado referencial com maior adequação na retrotradução 1
19- Over the past four weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?	19- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	19- How would you evaluate your level of discomfort or pain during or after de vaginal penetration over the past four weeks?	19- Nas últimas semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	19- Over the last four weeks, how would you rate your level of discomfort or pain during or after vaginal penetration?	T2	Na retrotradução 2, “rate” é mais próximo do original que “evaluate”, assim optou-se pela palavra “evaluate”, contida na retrotradução 2.

T1 - Tradução 1; T2 - Tradução 2; (M) - modificada.

Continua

erótica. Na definição de estímulos sexuais, optou-se por modificar a tradução feita pelo tradutor (T2) e introduzir a palavra pensamentos entre parênteses a fim de diferenciar o termo fantasia sexual de objeto de fetiche sexual.

Na definição de desejo sexual, a comparação semântica mostrou-se mais adequada na tradução realizada pelos profissionais da área (T1), porém esta foi adaptada ao se substituírem os termos do parceiro por de um parceiro(a). A modificação foi proposta por se observar que na língua inglesa não há definição de gênero na palavra *partner*, dessa forma, traduzindo-se apenas por parceiro poderíamos excluir da definição os estímulos homossexuais.

Sobre a definição de excitação sexual, a tradução literal de *tingling* por formigamento oferecia uma idéia de parestesia ou dormência nos genitais, o que não era a intenção original do método, assim foi proposta a substituição pela palavra *swelling* (inchaço).

4.4.2.3 Perguntas

Substituições semelhantes às realizadas nos termos da introdução foram realizadas nas perguntas, assim, o termo sexual *intercourse* foi substituído pelo termo ato sexual nas questões 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 (Quadro 5). A modificação dos termos parceiro por parceiro(a) também foi proposta nas questões 14 e 15.

Notou-se inicialmente que a escala de frequência de respostas utilizadas nas questões 1, 3, 6, 7, 11, 17 e 18 apresentava algumas dificuldades nas traduções. A dificuldade principal foi combinar a noção de quantas vezes (ocasiões individuais) com a noção de tempo (período global). Para facilitar a compreensão, optou-se por introduzir entre parênteses a expressão quantas vezes após a palavra frequência.

Para a tradução da palavra *level*, optou-se por grau, pois esta palavra oferece melhor significado de divisões de uma escala de medidas que a palavra nível. Essa modificação foi proposta nas questões 2, 4, 5 e 19.

Na questão 5, a palavra *confident* foi melhor traduzida por segurança do que por convicção. Essa escolha se originou da comparação entre as versões em inglês, mas a palavra segurança também oferece idéia de confiança em si mesmo, o que se aproxima mais da idéia proposta pelo texto original.

Nas questões 8, 10, 12, 13, 14, 15 e 16 optou-se por não utilizar a palavra quão, que por ser menos coloquial poderia ser de difícil entendimento para as camadas menos instruídas da população; assim, utilizou-se nessas questões expressões equivalentes (qual foi, o quanto).

A substituição da expressão estimulação sexual por estímulo sexual foi realizada nas questões 11 e 12 por oferecer a forma mais adequada em relação às instruções iniciais. Na questão 19 a palavra *rate* traduzida por classificar ofereceu a melhor comparação entre as versões e o texto original.

4.4.2.4 Respostas

Da mesma forma que nas questões 1, 3, 6, 7, 11, 17 e 18, um grupo de respostas apresentava algumas dificuldades nas traduções referentes à escala de frequência. No original, a palavra *times* é colocada na sentença (o que pode ser traduzido por vezes) e *time* entre parênteses (o que pode ser traduzido por tempo). Como nenhuma das versões contemplou essa nuance, modificou-se a versão final incluindo-se a palavra tempo, pois nas questões relativas ao desejo sexual não se avalia o desejo em relação a um evento específico, mas em relação ao tempo.

No grupo de respostas da questão 5 manteve-se o mesmo padrão da pergunta ao se traduzir *confident* por segurança, e da mesma forma, a tradução da palavra *slightly* por ligeiramente foi a melhor opção encontrada no grupo de respostas das questões 8, 10 e 12.

4.4.2.5 Inclusão de termos corriqueiros da linguagem popular e apresentação da versão final do questionário

A avaliação de todo o processo e a revisão bibliográfica sugeriram que os conceitos utilizados na versão original do instrumento eram adequadas ao contexto cultural brasileiro, porém, optou-se por adaptar algumas palavras para o contexto brasileiro a fim de oferecer melhor clareza dos termos utilizados.

Após o pré-teste do questionário, outras modificações foram realizadas (quadro 3). A maioria pretendeu tornar a versão em português mais coloquial e aceitável para a população alvo e envolveu a substituição de pronomes e a utilização de termos mais corriqueiros em nosso meio. Em algumas situações, as modificações visaram ampliar a equivalência de significado geral dos termos. Esta inclusão baseou-se em outros estudos (ABDO; MOREIRA; FITTIPALDI, 2000) e não substitui a linguagem técnica-científica, mas coloca no questionário uma opção para substituir o termo técnico pela linguagem popular em caso de não entendimento do primeiro.

Para masturbação, incluiu-se a sinonímia popular “punheta” ou “siririca”. Da mesma forma, para lubrificação vaginal foram acrescentados os sinônimos “vagina molhada” e “tesão vaginal”, e para orgasmo foi incluída a expressão “gozar”. O uso da palavra “tesão” foi evitado pois poderia ter como sinônimos, tanto desejo como excitação ou prazer sexual, o que poderia trazer mais confusão que clareza. A versão em inglês do instrumento está apresentada no quadro 2. A versão finalizada da tradução para o português encontra-se apresentada no quadro 3.

INSTRUCTIONS			
<p>These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply: Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.</p> <p>Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.</p> <p>Sexual arousal includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.</p> <p>CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.</p> <p>Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.</p> <p>Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.</p>			
Question	Response Options	Question	Response Options
Q1: Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?	5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never	Q11: Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
Q2: Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all	Q12: Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?	0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult
Q3: Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never	Q13: Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
Q4: Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all	Q14: Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?	0 = No sexual activity 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
Q5: Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence	Q15: Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?	5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
Q6: Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never	Q16: Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life?	5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
Q7: Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never	Q17: Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?	0 = Did not attempt intercourse 1 = Almost always or always 2 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 4 = A few times (less than half the time) 5 = Almost never or never
Q8: Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult	Q18: Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?	0 = Did not attempt intercourse 1 = Almost always or always 2 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 4 = A few times (less than half the time) 5 = Almost never or never
Q9: Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never	Q19: Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?	0 = Did not attempt intercourse 1 = Very high 2 = High 3 = Moderate 4 = Low 5 = Very low or none at all
Q10: Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult		

Quadro 2. Versão original do FSFI em inglês.

INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições:

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual.

Ato Sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA.

Desejo Sexual ou Interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada / “vagina molhada” / “tesão vaginal”), ou contrações musculares.

Perguntas	Opções de Respostas	Perguntas	Opções de Respostas
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 1 = Quase nunca ou nunca.	11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 1 = Quase nunca ou nunca.
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto. 4 = Alto. 3 = Moderado. 2 = Baixo. 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum.	12- Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“climax / “gozou”)?	0 = Sem atividade sexual. 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil. 3 = Difícil. 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil.
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 1 = Quase nunca ou nunca.	13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Muito satisfeita. 4 = Moderadamente satisfeita. 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Muito alto. 4 = Alto. 3 = Moderado. 2 = Baixo. 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum.	14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Muito satisfeita. 4 = Moderadamente satisfeita. 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Segurança muito alta. 4 = Segurança alta. 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança	15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)? E	5 = Muito satisfeita. 4 = Moderadamente satisfeita. 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 1 = Quase nunca ou nunca.	16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	5 = Muito satisfeita. 4 = Moderadamente satisfeita. 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita. 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 1 = Quase nunca ou nunca.	17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5 = Quase nunca ou nunca.
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?	0 = Sem atividade sexual. 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil. 3 = Difícil. 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil.	18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5 = Quase nunca ou nunca.
9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato	0 = Sem atividade sexual. 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo).	19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Muito alto. 2 = Alto 3 = Moderado. 4 = Baixo. 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum.

sexual?	1 = Quase nunca ou nunca.	
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina "molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual. 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil. 3 = Difícil. 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil.	

Quadro 3. Versão final do FSFI em português.

Domínio	Questões	Variação do Escore	Fator de Multiplicação	Escore Mínimo	Escore Máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1)-5*	0,4	0,8	6
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6

Quadro 4. Escores de avaliação do Female Sexual Function Index (ROSEN et al., 2000).

*Questão 14 varia de 0 a 5. Questões 15 e 16 variam de 1 a 5

4.5 Variáveis envolvidas no estudo

A partir da revisão da literatura a respeito do assunto estudado, foram selecionadas algumas variáveis que poderiam nos oferecer maiores informações sobre o tema em questão. De modo a verificar se há associação entre essas variáveis, foi criada uma situação hipotética de relação entre as variáveis conforme segue (Quadro 5):

4.5.1 Variáveis Independentes:

1. Idade atual: número de anos completos no dia da entrevista segundo data de nascimento, conforme resposta da entrevistada. Codificação: idade.

2. Estado marital atual: conforme resposta da entrevistada e de acordo com a sua percepção no dia da entrevista. Categorizada em casada, morando junto, solteira, separada ou divorciada e viúva. Codificação: estmarital.
3. Cor: conforme resposta da entrevistada e segundo a própria percepção da entrevistada. Categorizada em branca, parda, preta, oriental e indígena. Segundo classificação do IBGE. Codificação: cor.
4. Anos completos de escolaridade: conforme resposta da entrevistada. Refere-se aos anos completos de escolaridade, contados a partir da 1ª série do 1º grau, apenas os anos completos até o dia da entrevista. Codificação: escolanos.
5. Categoria de escolaridade: conforme resposta da entrevistada. Refere-se grau de escolaridade segundo etapa completa do ensino conforme organização do sistema educacional brasileiro: fundamental, médio e superior. Codificação: escolcat.
6. Renda familiar: conforme resposta da entrevistada. Refere-se à renda familiar em reais (R\$) somando-se a renda de todos que contribuem para o sustento familiar. Codificação: renda.
7. Renda per capita: conforme resposta da entrevistada. Refere-se à renda familiar em reais (R\$) dividida pelo número de pessoas que residem na casa. Codificação: rendapc.
8. Condições socioeconômicas: conforme resposta da entrevistada. Categorizada conforme ABEP (2003) em classes econômicas A1, A2, B1, B2, C, D e E de acordo com os bens de consumo e grau de instrução do chefe de família (pessoa responsável da casa conforme referido pela entrevistada de acordo com sua percepção). Codificação: cceb.
9. Religião: conforme resposta da entrevistada. Categorizada em católica, evangélica, espírita, protestante e outras (discriminadas). Codificação: religião.
10. Número de filhos vivos: conforme resposta da entrevistada. Filhos vivos até o momento da entrevista. Codificação: nfilhosvivos.

11. Método contraceptivo utilizado imediatamente antes da laqueadura: conforme resposta da entrevistada. Último método utilizado antes da cirurgia de esterilização. Categorizada em pílula, injeção, preservativo, tabelinha, DIU, espermicida, coito interrompido, nenhum, outro (discriminado). Codificação: pmac; smac.
12. Número de Gravidezes: conforme resposta da entrevistada até o dia da entrevista. Codificação: ngrav.
13. Número de Partos Vaginais: conforme resposta da entrevistada até o dia da entrevista. Codificação: pvaginais.
14. Número de Partos Cesáreas: conforme resposta da entrevistada até o dia da entrevista, inclui partos normais e fórceps. Codificação: npcesarea.
15. Número de Abortos: conforme resposta da entrevistada até o dia da entrevista. Codificação: nabortos.
16. Tempo de Esterilização: corresponde ao tempo em que a mulher se utilizou da laqueadura tubária como método contraceptivo até a data da entrevista. A partir da data da realização da cirurgia (obtida do prontuário médico) será gerada uma variável denominada tempo de esterilização, em meses, até a data da entrevista. Codificação: tempocir.
17. Satisfação com a cirurgia: conforme resposta da entrevistada. Categorizada como satisfeita ou insatisfeita. Codificação: satisfeita.
18. Arrependimento: variável indireta extraída da análise das questões sobre recomendação da cirurgia a outra pessoa (conforme resposta da entrevistada, estimulada: sim/não) e realização da cirurgia novamente (conforme resposta da entrevistada, estimulada: sim/não). Codificação: fariadenovo; recomendacir.
19. Dor pélvica: conforme resposta da entrevistada. Refere-se à presença de dor pélvica crônica após a realização da cirurgia; não se refere à dor pós-operatória imediata. Categorizada em sim e não. Codificação: dorpelv.

20. Alterações clínicas - Peso: conforme resposta da entrevistada. Refere-se à mudança do peso após a cirurgia. Categorizada em aumento, diminuição e manutenção. Codificação: peso.
21. Dismenorréia: presença de dismenorréia antes e após a cirurgia. Categorizada como nunca teve, tinha e ficou igual, tinha e melhorou, tinha e piorou, não tinha e passou a ter. Codificação: colicamenst.
22. Idade na esterilização: corresponde à idade que a mulher completou (em anos completos) no ano em que realizou a laqueadura tubária. A partir da data da realização da cirurgia (obtida do prontuário médico) e da idade atual será gerada uma variável denominada idade na esterilização. Codificação: idadeesteril
23. Característica da relação conjugal: característica da relação conjugal antes da cirurgia conforme anotação em prontuário. Categorizada em bom, médio ou conflituoso. Codificação: carelconj.
24. Mudança do relacionamento conjugal; mudança no relacionamento conjugal após a cirurgia conforme percepção da entrevistada. Categorizada em: não mudou, melhorou ou piorou. Codificação: mudrelaconj.
25. Mudança na vida: alguma mudança importante na vida da entrevistada após a cirurgia conforme percepção da mesma. Categorizada em sim ou não. Codificação: mudança.

4.5.2 Variáveis Dependentes:

1. Disfunção Sexual: variável obtida a partir de índice que atribui escores para 6 domínios da resposta sexual feminina somados de acordo com fator de correção proposto do Rosen et al. (2000) (Quadro 2). Segundo Wiegel, Meston e Rosen. (2005), mulheres que

apresentem escores menores ou iguais a 26 devem ser consideradas como sob risco para disfunção sexual. Os domínios avaliados da função sexual feminina são auto-referidos por resposta estimulada e são os seguintes:

- 1.1. Desejo Sexual: sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo. Avaliado em sua frequência e intensidade.
- 1.2. Excitação Sexual: sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares. Avaliada em sua frequência, intensidade e segurança de obtenção.
- 1.3. Lubrificação: é a sensação de umidade vaginal decorrente do estímulo sexual. Pode ter como sinônimos vagina molhada, “tesão vaginal” entre outros. Avaliada em sua frequência e dificuldade de obtenção e manutenção.
- 1.4. Orgasmo: é uma sensação de prazer intenso que é precedido por uma excitação grande e sucedido por um relaxamento muscular. Avaliado em sua frequência e dificuldade de obtenção.
- 1.5. Satisfação Sexual: sensação de satisfação quanto à vida sexual de forma geral, no relacionamento com o(a) parceiro(a) e proximidade emocional entre a mulher e seu(sua) parceiro(a).
- 1.6. Dor: sensação subjetiva; dor na relação sexual pode ocorrer por vários motivos e em várias localizações como dor na vulva, vagina abdome inferior, ânus, cabeça. Discrimina apenas a presença, frequência e intensidade da dor sentida durante ou após a atividade sexual. Avaliado em sua frequência e intensidade.

VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES
Disfunção Sexual	Idade Estado marital atual Cor Escolaridade Condições socioeconômica s Religião Paridade Método contraceptivo utilizado imediatamente antes da laqueadura Satisfação com a cirurgia Arrependimento Dor pélvica Alterações clínicas – Peso Alterações clínicas - Ciclo menstrual Número de filhos vivos Número de Gravidezes Número de Partos Normais Número de Partos Cesáreas Número de Abortos Tempo de Esterilização Mudança na vida

Quadro 5. Quadro hipotético das relações entre as variáveis

4.6 Operacionalização

4.6.1 Técnica de amostragem e seleção

Os totais de laqueaduras foram crescentes desde 2000 até 2004, nesse sentido o sorteio foi baseado no procedimento de amostragem sistemática (LEVEY; LEMESHOW, 1991) proporcional ao número de procedimentos realizados por ano (Tabela 3). Para cálculo do

tamanho amostral usou-se a fórmula de amostragem para população finita abaixo, sabendo:

$N = 1.824$, $z_{\alpha/2} = 1,96$, $p = 0,5$, $\alpha = 5\%$ e $d = 6\%$

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{d^2 \cdot (N - 1) + z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Tabela 3-Laueaduras realizadas de 2000 a 2004 pela SUS em Ribeirão Preto (SP), e amostra utilizada no estudo por ano (em número de casos)

	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Laueaduras	61	206	344	554	659	1.824
Amostra	8	26	44	71	84	233

A seleção da amostra foi feita por sorteio sistemático a partir da lista fornecida pela maternidade onde são realizados todos os procedimentos, o que confirma a realização da cirurgia. Apesar da amostra calculada ter sido de 233 mulheres esterilizadas, foram realizadas 235 entrevistas. Isso ocorreu pois duas entrevistadoras fizeram uma entrevista a mais cada uma pois seguiram a listagem extra de nomes para substituição em caso de perdas. O sorteio da amostra foi feito através do programa de computador de planilha de cálculo (Excel®), utilizando-se a função números aleatórios.

Depois de sorteados os casos, os endereços das pessoas sorteadas para compor a amostra foram levantados pelas supervisoras de campo na maternidade que realiza as esterilizações. Os endereços foram classificados por bairro segundo o Star Guia Mais 2004 - guia comercial de Ribeirão Preto. Então, com o intuito de reduzir os gastos com vale transporte e com o tempo despendido nas viagens, a distribuição dos endereços para a realização das entrevistas foi feita de acordo com a proximidade da área de residência de cada entrevistadora.

No decorrer da pesquisa de campo foi necessária a realização de mais dois sorteios para substituição de nomes perdidos em função de não terem sido encontradas após 3 tentativas em dias e horários distintos, endereço não conferente ou mudança de domicílio, recusa e falecimento. No segundo sorteio foram sorteados mais 75 nomes de mulheres e no terceiro, mais 40. Ao todo foram sorteados 348 nomes, dos quais 235 entrevistas foram efetuadas.

4.6.2 Seleção, treinamento e supervisão das entrevistadoras.

Para a aplicação dos questionários, trabalharam cinco entrevistadoras previamente selecionadas a partir de experiência prévia com a pesquisadora principal. As entrevistadoras foram recrutadas a partir de anúncios no campus da USP Ribeirão Preto (SP) e os critérios para a seleção incluíam nível de ensino superior completo ou em andamento, boa comunicação e experiência anterior com entrevistas e não poderiam ser vinculadas aos programas de saúde do município, isto como forma de não serem identificadas pelas entrevistadas como parte das equipes de saúde do aconselhamento no planejamento familiar. O treinamento específico dessa parte do estudo foi realizado no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP (FMRP), pelos pesquisadores e supervisores de campo, e constou de apresentação do projeto da pesquisa, conceitos relacionados à esterilização e sexualidade, técnica de entrevista, manejo e prática de aplicação do questionário. Posteriormente outra entrevistadora tivera de ser selecionada e treinada em virtude da desistência de duas das entrevistadoras inicialmente selecionadas.

A supervisão das entrevistas foi realizada semanalmente com cada entrevistadora e as supervisoras de campo. Nesse momento a supervisão de campo foi feita exclusivamente por

pesquisadora envolvida no projeto principal. O objetivo era a checagem dos questionários, verificação de preenchimento correto, observações de inconsistências e questões não preenchidas ou com respostas incompletas. Também era feito o controle das visitas feitas em cada domicílio, verificação de perdas, substituição de nomes, conferência, reposição e distribuição de vales transportes. Após a supervisão inicial, a revisão e crítica dos questionários eram feitas pelas supervisoras de campo sob a coordenação da pesquisadora principal do estudo.

4.6.3 Coleta dos dados

Na coleta de dados, a equipe do trabalho de campo fora composta por duas supervisoras de campo, cinco entrevistadoras, uma colaboradora treinada para extrair informações do prontuário das mulheres esterilizadas que foram entrevistadas.

Algumas informações, como a data da entrada da pessoa no programa, características do relacionamento conjugal à época do aconselhamento, número de sessões de aconselhamento, tempo de espera para a realização da cirurgia e data da esterilização foram colhidas no decorrer da realização das entrevistas através de levantamento de prontuários da maternidade. Essa etapa foi realizada por profissional devidamente treinada para esta tarefa.

Para o pré-teste do questionário de avaliação da resposta sexual, foram entrevistadas 10 mulheres e não houve recusa ou perda de informações. Todas as entrevistas do questionário final foram realizadas com mulheres, que haviam sido submetidas à laqueadura tubária entre fevereiro de 2000 e dezembro de 2004, realizada através do serviço de planejamento familiar da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP.

As entrevistas domiciliares para o estudo foram realizadas ente 11 de novembro de 2005 a 01 de junho de 2006. As entrevistadoras foram remuneradas por questionário inteiramente completo com verba concedida pela FAPESP ao projeto de Vieira (2005), do qual este estudo é parte. Todas as entrevistadoras foram orientadas a fazer até três tentativas de visitas, com dias e horários alternados para aumentar a possibilidade das entrevistadas serem encontradas em seus domicílios. As mulheres que não foram encontradas até a terceira visita foram substituídas por outras que realizaram a laqueadura tubária no mesmo ano que aquela que não fora encontrada. Da mesma forma foram substituídas as entrevistas em cujos casos observou-se mudança de endereço sem referência, endereço inconsistente e morte, porém essa possibilidade de troca não era de conhecimento das entrevistadoras para evitar fraudes. Ao final das entrevistas, 20% das entrevistadas foram novamente sorteadas e as entrevistas foram repetidas como forma de realizar a checagem do trabalho das entrevistadoras e evitar fraudes no preenchimento do instrumento de coleta de dados.

4.6.4 Processamento e análise dos dados

As entrevistas realizadas por meio de questionário impresso foram numeradas, arquivadas e armazenadas em pastas no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Os dados dos questionários foram, então, digitados no programa Epi-Info da OMS, em máscara, por pessoa especialmente contratada e treinada para esta tarefa.

O programa Epi-Info foi utilizado devido à facilidade de mimetização do questionário, o que diminui as chances de erros no processo de digitação. Para a análise dos dados foi

utilizado o pacote estatístico para computador Stata 6.0 como ferramenta na elaboração de tabelas e testes estatísticos.

4.7 Aspectos Éticos

Os princípios éticos de confidencialidade das informações coletadas, não redução da autonomia dos participantes e a beneficência/não-maleficência dos propósitos da pesquisa foram sempre respeitados no desenvolvimento deste projeto.

Conforme foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) foi apresentado às mulheres, convidadas a participar voluntariamente do estudo, como forma de garantir e registrar a obediência ao princípio de não-vulnerabilidade às mesmas. Além disso, houve consentimento sobre a realização do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP).

5 RESULTADOS

De forma a facilitar a visualização dos resultados, os dados serão apresentados em tabelas e gráficos e obedecerão ao seguinte ordenamento: características sócio-demográficas e educacionais das entrevistadas, seguidas de suas características reprodutivas – uso de métodos contraceptivos e história reprodutiva. Em seguida serão apresentados os dados referentes à avaliação da satisfação com o procedimento de esterilização e da função sexual.

5.1 Características sociodemográficas e educacionais da amostra

Para caracterizar as mulheres envolvidas no estudo foram utilizadas as variáveis: idade, estado marital atual, escolaridade, condições socioeconômicas - conforme o critério de classificação econômica Brasil (ABEP, 2003) - cor e religião.

A média da idade conforme referida pelas entrevistadas foi 35,9 anos, variando de 25 a 49 anos, com desvio padrão de 5,1. Números semelhantes foram obtidos quando a idade foi calculada a partir da data de nascimento até o dia da entrevista.

Das entrevistadas, 40% ainda estavam na faixa de fertilidade alta, isto é, abaixo de 35 anos, sendo que 28,1% estavam entre 30 e 34 anos e apenas 11,9%, abaixo de 30 anos. A maioria das mulheres estava acima de 35 anos (60%) e cerca de 37% estavam entre 35 e 39 anos (tabela 4)

Tabela 4 - Características sociodemográficas e educacionais das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004, Ribeirão Preto, SP

Distribuição da População por Sexo e Estado Civil, 2000 e 2004, Alameda 21000, SP			
	n	(%)	
Anos completos			
25 a 29 anos	28	11,9	
30 a 34 anos	66	28,1	
35 a 39 anos	86	36,6	
40 a 44 anos	43	18,3	
45 anos ou mais	12	5,1	
Total	235	100	
Estado marital:			
Casadas	119	50,6	
Moram junto	92	39,2	
Solteiras	12	5,1	
Separadas	9	3,8	
Viúvas	3	1,3	
Total	235	100	
Anos completos de escolaridade			
De 1 a 7 anos	153	66,2	
Acima de 7 anos	78	33,8	
Total	231	100	
Grau de escolaridade			
Ensino Fundamental	Incompleto	152	65,8
	Completo	34	14,7
Ensino Médio	Incompleto	21	9,1
	Completo	22	9,5
Ensino Superior	Completo	2	0,9
	Total	231	100
Classe econômica			
E	1	0,4	
D	55	23,4	
C	125	53,2	
B	49	20,9	
A	5	2,1	
Total	235	100	
Casa			
Própria	126	53,6	
Alugada	56	23,8	
Cedida	44	18,7	
Invasa	7	3,0	
Outras	2	0,9	
Total	235	100	

Continua.

Conclusão tabela 4 - Características sociodemográficas e educacionais das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004, Ribeirão Preto, SP

	n	(%)
Cor		
Branca	136	57,9
Parda	71	30,2
Preta	28	11,9
Total	235	100
Chefia da família		
Entrevistada	35	14,9
Esposo	193	82,1
Casal	3	1,3
Outro	4	1,7
Total	235	100
Religião		
Católica	157	66,8
Evangélica	64	27,2
Espírita	6	2,6
Protestante	1	0,4
Outras	7	3,0
Total	235	100

Grande parte das mulheres encontrava-se em união no momento da entrevista (89,8%).

Das mulheres que responderam estarem em união a maior parte definia-se como casada e um número menor, como “morando junto” (tabela 4). As mulheres que não estavam em união somaram 10,2% da amostra.

Quanto à escolaridade, a média de anos completos de estudo conforme referido pelas mulheres foi de 6,1 anos, com um mínimo de 0 e máximo de 15 anos de estudo e desvio padrão de 2,8. A maioria (66,8%) possuía menos de 8 anos completos de estudo, e apenas 3,6% tinha mais de 14 anos de estudo (tabela 4).

Quando perguntadas sobre o grau de escolaridade quatro mulheres referiram ser analfabetas (1,7%). Dentre as alfabetizadas, grande parte possuía até o ensino fundamental (80,5%), sendo porém que 65,8% não o haviam completado. Apenas 9,5% das mulheres haviam completado o ensino médio e somente duas mulheres (0,9%) possuíam o nível superior completo (tabela 4).

De acordo com os critérios da ABEP (2003), as entrevistadas foram categorizadas em 7 grupos de acordo com classificação socioeconômica: A, B, C, D, E. Esta classificação refere-se à posse de itens de conforto na residência do entrevistado e à escolaridade do chefe da família. Quanto a esse critério, a média de pontos obtidos pelas entrevistadas ficou em 13,8 com mediana 13, desvio padrão de 4,3, máximo 33 pontos e mínimo 5 pontos. Dessa forma, a amostra ficou caracterizada conforme exposto na tabela 4.

Mais de 50% das mulheres pertenciam à categoria C e quase a totalidade das mulheres estava contida entre as categorias B, C, D e E (97,9%), sendo que a maioria pertencia às categorias C e D (76,6%).

Com relação à renda média e renda per capita, as famílias das entrevistadas que referiram ter renda tinham em média uma renda de R\$ 854,03 mensais, mediana de R\$ 790,00 desvio padrão de R\$ 552,75, mínimo de R\$ 95,00 e máximo de R\$ 4.000,00. A média da renda per capita foi de R\$ 185,43, com mediana de R\$ 156,00, desvio padrão de R\$ 141,10, mínimo de R\$ 12,00 e máximo de R\$ 1.166,00.

No momento da entrevista, a maioria das mulheres morava em casa própria (53,6%), enquanto 23,8% morava em casa alugada e 18,7% em casa cedida. Ainda houve 3% de mulheres que referiram morar em casa invadida (tabela 4)

Quanto à cor, a maioria se auto-declarou branca (57,9%). As restantes definiram-se como pardas (30,2%) e como pretas (11,9%). Nenhuma mulher se declarou amarela ou indígena. (tabela 4)

Quanto ao comando da família, no total 14,9% das mulheres disseram estar no comando da família e 82,1% disseram ser o esposo a pessoa de referência. Apenas 1,3% das entrevistadas disseram compartilhar a responsabilidade pelo comando da família. (tabela 4)

Sobre a religião que seguem, 157 mulheres disseram ser católicas (66,8%) e 64 declararam-se evangélicas (27,2%). As restantes (6%) dividiram-se entre espíritas (6 mulheres), protestantes (1) e outras religiões (7) (tabela 4).

5.2 Relacionamento conjugal

Sobre a característica do relacionamento conjugal atual, 7 mulheres não responderam o questionário e 3 não responderam sobre mudanças no relacionamento após a laqueadura. Das mulheres que responderam sobre a característica do relacionamento conjugal, grande parte das entrevistadas (93,4%) referiu ter um bom relacionamento conjugal (tabela 5). Embora em menor proporção, também a maioria (59,5%) referiu que o relacionamento conjugal não mudou após o procedimento. As mulheres referiram mudança no relacionamento após a laqueadura em 40,5% das entrevistas sendo que a maior parte referiu melhora (34,9%) contra apenas 5,6% que referiram piora do mesmo (tabela 6).

Tabela 5- Distribuição da característica do relacionamento conjugal das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004, Ribeirão Preto (SP)

	n	%
Bom	213	93,4
Médio	11	4,8
Conflituoso	4	1,8
Total	228	100

Tabela 6 - Distribuição da mudança da característica do relacionamento conjugal após o procedimento da laqueadura entre as mulheres esterilizadas nos anos de 2000 a 2004 em Ribeirão Preto (SP)

	n	%
Não mudou	138	59,5
Melhorou	81	34,9
Piorou	13	5,6
Total	232	100

5.3 História Reprodutiva

Todas as mulheres entrevistadas responderam à parte do questionário sobre a vida reprodutiva. Os dados sobre a vida reprodutiva foram respondidos em um quadro que continha informações sobre idade na gestação, nome do filho, vitalidade do filho e resolução da gestação.

5.3.1 Número de filhos

A média do número de filhos vivos foi 3,2 filhos por mulher, com desvio padrão de 1,3 filhos, mínimo de 1 e máximo de 9 filhos vivos. A maioria das mulheres tinha até 3 filhos vivos no momento da entrevista (66,4%) sendo que menos de um terço da amostra tinha mais de 4 filhos vivos (tabela 7).

Tabela 7- Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo número de filhos vivos

	n	%
1	5	2,1
2	67	28,5
3	84	35,7
4	48	20,4
5	18	7,7
6	8	3,4
7	4	1,7
9	1	0,4
Total	235	100

Computando-se todas as gravidezes, a distribuição de frequências foi maior entre 2 e 4 gravidezes. Mais da metade das mulheres (54,5%) tinha tido até 3 gestações, sendo que 20,4% haviam tido até duas gravidezes (tabela 8). A média do número de gravidezes foi 3,7, mediana 3,0, desvio padrão 1,5, mínimo de 1 e máximo de 10 gravidezes.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo número de gravidezes

Número de gravidezes	n (mulheres)	%	Total de Gravidezes
1	3	1,3	3
2	45	19,2	90
3	80	34,0	240
4	55	23,4	220
5	24	10,2	120
6	15	6,4	90
7	9	3,8	63
8	2	0,9	16
9	1	0,4	9
10	1	0,4	10
Total	235	100	861

5.3.2 Resolução das gestações

Do total de 861 gestações, apenas 76 (8,8%) resultaram aborto; das que evoluíram para parto, 7 (0,8%) resultaram natimortos, isto é, menos de 10% das gestações resultaram perda fetal e 90,4% das gestações resultaram nascido vivo (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo resultado da gestação

	n	%
Nascido vivo	778	90,4
Nascido morto	7	0,8
Aborto	76	8,8
Total	861	100

Das 235 mulheres entrevistadas, 183 delas (77,9%) referiram nunca ter tido aborto. Quanto ao restante, 52 mulheres referiram ter tido ao menos um aborto (22,1%), sendo que a maioria destas referiu ter tido apenas um aborto durante sua vida (tabela 10).

Tabela 10- Distribuição da amostra segundo frequência de abortos

	n	%
1	34	65,4
2	14	26,9
3	2	3,9
4	2	3,9
Total	52	100,0

5.3.3 Tipos de partos

Quanto aos tipos de partos, a maioria das gestações teve como resolução partos normais (68,9%) seguidos por 28,8% de cesáreas e 2,3% de fórceps. Ao todo, os partos vaginais somaram 71,2% de todos os partos (tabelas 11 e 12).

Tabela 11 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo tipo de resolução da gravidez

	n	%
P. Vaginais*	559	71,2
P. Cesárea	226	28,8
Total	785	100,0

*P. Vaginais inclui partos normais e partos fórceps

Tabela 12- Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo tipo de parto

Tipo de parto	n	%
Parto normal	541	68,9
Cesárea	226	28,8
Fórceps	18	2,3
Total	785	100,0

Ainda com relação aos partos, do total de 235 mulheres, 58 (24,7%) não tiveram nenhum parto normal. Das mulheres que tiveram partos normais, 67,8% teve entre 1 e 3 partos normais, sendo que 36,7% teve até 2 partos normais (tabela 13). Das 15 mulheres que tiveram parto tipo fórceps uma minoria, 2 mulheres (13,3%) tiveram mais de um parto por esse procedimento e 13 mulheres tiveram somente um parto dessa forma. Quanto aos partos por cesárea, 125 mulheres (53,2%) referiram não ter realizado nenhuma cesárea; dentre as que tiveram parto via cesariana, 65,5% das mulheres tiveram até 2 cesáreas, 36,4% teve uma cesárea e 34,6% teve 3 ou mais partos cesárea (tabela 14).

Tabela 13 - Distribuição de frequência de partos vaginais entre mulheres esterilizadas no período de 2000 a 2004 em Ribeirão Preto (SP)

	n	%
1	24	13,3%
2	42	23,3%
3	54	30,0%
4	33	18,3%
5 ou mais	27	15,0%
Total	180	100

Tabela 14- Distribuição de frequência de partos cesárea entre mulheres esterilizadas no período de 2000 a 2004 em Ribeirão Preto (SP)

	n	%
1	40	36,4
2	32	29,1
3 ou mais	38	34,6
Total	110	100

5.3.4 Contracepção prévia

Sobre o uso de métodos contraceptivos, mais da metade das mulheres (52,3%) usou pílula como método contraceptivo nos 6 meses que antecederam a cirurgia, seguidas por 14,9% que fizeram uso de preservativo e 12,3% que utilizaram anticoncepcional injetável. O uso de métodos hormonais somou 64,7%, porém, 3% das mulheres utilizaram métodos de baixa eficácia durante os 6 meses que antecederam a cirurgia e 13,2% não fizeram uso de contracepção (tabela 15).

Tabela 15–Distribuição segundo primeiro MAC usado nos 6 meses antes da cirurgia pelas mulheres submetidas à esterilização cirúrgica entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP)

	n	(%)
Pílula	123	52,3
Injeção	29	12,3
DIU	10	4,3
Preservativo	35	14,9
Coito Interrompido	6	2,6
Tabelinha	1	0,4
Nenhum	31	13,2
Total	235	100

Menos de um sétimo das mulheres (13,6%) utilizaram mais de um método contraceptivo nos 6 meses que antecederam a cirurgia, dentre os quais o preservativo foi o mais comumente utilizado (tabela 16).

Tabela 16-Distribuição de acordo com segundo MAC usado nos 6 meses antes da cirurgia pelas mulheres submetidas à esterilização cirúrgica entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP)

	n	(%)
Pílula	11	34,4
Injeção	4	12,5
Preservativo	14	43,8
Coito Interrompido	3	9,4
Total	32	100

5.4 Esterilização

5.4.1 Idade na esterilização

A idade na esterilização foi de 33,3 anos, mediana 33 anos, com desvio padrão de 5,1, mínimo de 23 e máximo de 46 anos. Números semelhantes foram obtidos quando a idade foi calculada a partir da data de nascimento até o dia da realização da cirurgia (tabela 17).

Tabela 17- Distribuição por faixa de idade das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo idade na esterilização

Idade	n	%
Até 24	4	1,7
25 a 29 anos	57	24,3
30 a 34 anos	76	32,3
35 a 39 anos	68	28,9
40 a 44 anos	28	11,9
45 anos ou mais	2	0,9
Total	235	100

5.4.2 Motivo de escolha da esterilização

Com relação ao motivo que levou a mulher a decidir pela esterilização cirúrgica, 127 mulheres (54%) referiram apenas um motivo, sendo que 36,2% disseram já estar satisfeitas com o número de filhos e 17,5% referiram ter muitos filhos. Recomendação médica foi o motivo alegado por 11,5% das mulheres e questões econômicas foi o motivo de 10,6%.

Referiram motivos relacionados ao uso e conhecimento de métodos contraceptivos reversíveis 17,9% das mulheres (tabela 18).

Tabela 18– Distribuição segundo motivo para decidir pela esterilização entre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP)

	n	%
Tinha tido os filhos que queria	85	36,2
Tinha muitos filhos	41	17,5
Recomendação médica	27	11,5
Motivos econômicos	25	10,6
Efeitos colaterais dos MACs	19	8,1
Não se adaptava a outros MACs	14	6,0
Falha do método que usava	5	2,1
Esterilização melhor método	3	1,3
Não conhecia outro MAC	1	0,4
Outro	15	6,4
Total	235	100,0

Das mulheres que alegaram mais de um motivo para a escolha da esterilização (46%), a maioria referiu motivos econômicos (25%) e já ter tido os filhos que queria (24,1%).

5.4.3 Satisfação com o método

Quase a totalidade das mulheres (98,7%) respondeu estar satisfeita com a cirurgia. Percentuais semelhantes de respostas foram obtidos quando se perguntou se a entrevistada recomendaria a cirurgia para outra pessoa ou se faria a cirurgia novamente (tabelas 19, 20, 21).

Tabela 19– Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo possibilidade de recomendação da cirurgia para outra pessoa

Você recomendaria a cirurgia para outra pessoa?	n	%
Sim	231	98,3
Não	4	1,7
Total	235	100

Tabela 20– Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo hipótese de se fazer a cirurgia novamente

Você faria novamente a cirurgia?	n	%
Sim	218	92,8
Não	17	7,2
Total	235	100

Tabela 21– Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo satisfação com a cirurgia

Você está satisfeita com a cirurgia?	n	%
Sim	232	98,7
Não	2	0,9
Mais ou menos	1	0,4
Total	235	100

5.5 Alterações clínicas após o procedimento

Dentre as alterações clínicas pesquisadas após o procedimento, a dismenorréia estava presente em 56,4% das mulheres entrevistadas, porém, em 23,5% delas a dismenorréia não estava presente antes do procedimento. Em apenas 10,3% das mulheres a dor durante a menstruação melhorou e em 7,3% a dor piorou após a laqueadura (tabela 22). Uma mulher não menstruava.

Tabela 22-Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto à presença de dismenorréia

	n	%
Nunca teve	102	43,6
Não tinha e passou a ter	55	23,5
Tinha e ficou igual	36	15,4
Tinha e melhorou	24	10,3
Tinha e piorou	17	7,3
Total	234	100

Com relação à dor pélvica após a cirurgia, a maioria das mulheres referiu não apresentar (93,2%) e 6,8% apresentavam dor (tabela 23). Dessas, 73,3% disseram ser uma dor moderada e 20% de intensidade grande (tabela 24), sendo que 56,2% faziam uso de analgésicos para controle dessa dor (tabela 25).

Tabela 23-Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto à presença de dor pélvica após a cirurgia

	n	%
Sim	16	6,8
Não	219	93,2
Total	235	100

Tabela 24 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto à intensidade da dor pélvica

	n	%
Pequena	1	6,7%
Moderada	11	73,3%
Grande	3	20,0%
Total	15	100

Tabela 25-Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) quanto ao uso de analgésicos para o alívio da dor pélvica

	n	%
Sim	9	56,2
Não	7	43,7
Total	16	100

5.6 Função sexual

Todas as mulheres entrevistadas responderam à avaliação da função sexual, no entanto quatro entrevistadas não responderam a questão referente à satisfação com o relacionamento entre ela e o parceiro, duas das quais também não responderam as questões referentes à avaliação da satisfação com a vida sexual. Todas essas mulheres não estavam coabitando com parceiros no momento da entrevista e, portanto, foram classificadas como “não unidas” na análise do estado marital. Nesse sentido obtivemos uma taxa de não resposta de 1,7%. Para fins de análise da função sexual, todas as quatro entrevistadas que deixaram de responder a esses itens foram excluídas da análise.

Das 235 mulheres da amostra, 10 mulheres referiram não ter tido relação sexual nas últimas 4 semanas, das quais 3 estavam unidas e 7, não unidas no momento da entrevista. Em função da retirada de quatro mulheres não unidas por não resposta de parte do questionário, a amostra permaneceu com 3 mulheres não unidas e 3 mulheres unidas que referiram não ter tido relação sexual nas últimas 4 semanas. Nesse sentido, optou-se por manter a amostra dessa forma uma vez que a retirada dessas mulheres não mostrou alteração na análise dos dados.

Ainda que as mulheres sem parceria fixa possam ter uma vida sexual menos freqüente ou regular do que as casadas, é possível a avaliação da função sexual dessas mulheres uma

vez que o instrumento avalia a resposta sexual independente da frequência sexual. Assim, optou-se por manter as 20 mulheres não unidas que faziam parte da amostra após a análise dos critérios de exclusão, das quais apenas 3 referiram não ter tido relação sexual nas últimas 4 semanas.

5.6.1 Análise fatorial do instrumento e correlação inter-domínios

Análise fatorial é um recurso estatístico com objetivo de descrever um conjunto inicial de variáveis a partir de um menor número de variáveis hipotéticas. Assim, a análise fatorial permite a criação de um conjunto reduzido de variáveis além de identificar o quanto o conjunto de fatores explica a variabilidade geral dos dados originais. Com isso pode-se obter um instrumento mais conciso sem perda de informação. Com o intuito de testar a integralidade do instrumento adaptado procedeu-se a análise fatorial considerando-se o critério de Kaiser para escolha do número de fatores e assumindo-se cargas fatoriais inferiores a 0,40 como pequenas (ARTES, 1998).

Dessa análise observa-se que houve a manutenção do agrupamento das questões em 4 grupos, semelhante ao obtido pelos autores do instrumento original. Da mesma forma como no instrumento original, enquanto as soluções estatísticas comportam um instrumento com 4 domínios, de acordo com considerações clínicas levando-se em conta as inter-relações entre os domínios desejo/excitação e orgasmo/satisfação optou-se por manter a organização do instrumento em 6 domínios conforme proposto pelos autores do instrumento em inglês: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (ROSEN et al., 2000).

Tabela 26 – Análise fatorial com rotação varimax do IFSF

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Desejo: frequência	0,337	0,715	0,061	0,255
Desejo: nível	0,200	0,840	0,106	0,073
Excitação: frequência	0,327	0,677	0,386	0,170
Excitação: nível	0,228	0,717	0,385	0,078
Excitação: confiança	0,192	0,609	0,355	0,176
Excitação: satisfação	0,546	0,515	0,360	0,188
Lubrificação: frequência	0,383	0,311	0,592	0,239
Lubrificação: dificuldade	0,178	0,210	0,842	0,186
Lubrificação: frequência de manutenção	0,299	0,299	0,589	0,346
Lubrificação: dificuldade manutenção	0,090	0,157	0,873	0,206
Orgasmo: frequência -	0,507	0,446	0,374	0,272
Orgasmo: dificuldade	0,436	0,313	0,694	0,123
Orgasmo: satisfação -	0,683	0,344	0,402	0,139
Satisfação: proximidade com parceiro	0,726	0,249	0,427	0,180
Satisfação com relação sexual	0,837	0,217	0,085	0,125
Satisfação: com vida de sexo global	0,834	0,264	0,115	0,136
Dor: frequência durante penetração	0,138	0,102	0,391	0,889
Dor: frequência que segue penetração	0,181	0,196	0,125	0,837
Dor: grau durante penetração vaginal	0,121	0,162	0,383	0,895

A análise de correlação inter-domínios oferece informação adicional sobre a associação entre os domínios. Na análise de correlação observou-se significância estatística em todos os pares. Os maiores índices de correlação foram observados entre orgasmo e excitação, satisfação e orgasmo, excitação e desejo e entre orgasmo e lubrificação. Esses achados estão de acordo com o modelo de resposta sexual no qual o IFSF se baseia. Nota-se ainda, semelhante ao encontrado por Wiegel, Meston e Rosen (2005), índice de correlação de 0,53 entre dor e lubrificação, o que sugere que para as mulheres sem vaginismo ou dispareunia a dor na relação seja provavelmente devida à ausência de lubrificação.

Tabela 27 – Análise de correlação inter-domínios do IFSF

	Desejo	Excita	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Desejo	1,0000					
Excita	0,7341	1,0000				
Lubrific	0,4845	0,717	1,0000			
Orgasmo	0,6152	0,7964	0,731	1,0000		
Satisfa	0,5717	0,6833	0,5873	0,7665	1,0000	
Dor	0,3894	0,4534	0,5319	0,4748	0,3947	1,0000

p<0,05

5.6.2 Análise da disfunção sexual

Para o cálculo do escore total, conforme proposto por Rosen et al (2000) houve a necessidade de corrigir cada domínio por um fator definido conforme quadro 4. Baseando-se no ponto de corte 26 pontos conforme proposto por Wiegel, Meston e Rosen (2005), e assumindo-se que esse ponto de corte é válido para a população estudada o total de mulheres foi dividido em dois grupos a partir do escore total. Pode-se assumir a manutenção do ponto de corte e das características de avaliação do instrumento em função do criterioso processo de adaptação transcultural que, segundo Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) e Jorge (1998) alguns autores consideram suficiente para transmitir as características para o contexto cultural de destino.

Dessa forma, tem-se que com o escore menor ou igual a 26 existe um alto risco para disfunção sexual e que escore maior que 26 existe baixo risco para disfunção sexual. De forma geral, 32,5% das mulheres apresentaram escores do índice abaixo do ponto de corte proposto (tabela 34). A média dos escores totais foi 27,5, mediana 28,8, mínimo de 2 e máximo de 36. A distribuição de frequências está demonstrada conforme tabela 28

Tabela 28 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo estratificação do escore total do IFSF

	N	%
Escore ≤ 26	75	32,5
Escore > 26	156	67,5
Total	231	100

5.6.3 Características do escore nos domínios específicos

O domínio desejo apresentou média 3,9, mediana 3,6, mínimo de 1,2 e máximo de 6. Com média 4,1, mediana 4,2 e desvio padrão 1,1, os escores das questões referentes ao domínio excitação variaram de 0 a 6. Os escores referentes ao domínio lubrificação apresentaram média 4,9, mediana 5,4, desvio padrão 1,2 e variaram de 0 a 6.

No domínio orgasmo a média dos escores foi 4,7 com mediana 5,2, desvio padrão 1,3 e variação de 0 a 6. Os escores da satisfação tiveram médias 5,0 e mediana 5,2. O desvio padrão foi de 1,2 e a variação entre 0,8 e 6. Assim como a satisfação, os escores de dor tiveram mediana 5,2, mas média 4,8, desvio padrão 1,5 e variação entre 0 e 6 (tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição das mulheres esterilizadas entre 2000 e 2004 em Ribeirão Preto (SP) segundo estratificação do escore total do IFSF

Domínio	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Desejo	3,9	3,6	1,2	6
Excitação	4,1	4,2	0	6
Lubrificação	4,9	5,4	0	6
Orgasmo	4,7	5,2	0	6
Satisfação	5,0	5,2	0,8	6
Dor	4,8	5,2	0	6

5.6.4 Comparação entre os grupos segundo escore total

Quando se comparou cada domínio dividindo-se as observações em dois grupos segundo escore total – escore total menor ou igual a 26 e maior que 26, respectivamente com risco maior e menor para disfunção sexual - observou-se que em todos os domínios os grupos eram estatisticamente diferentes (teste de Wilcoxon, $p < 0,01$).

De maneira geral em todos os domínios o grupo com maior risco para disfunção sexual apresentou dispersão maior dos valores em torno da mediana. Ao contrário, no outro grupo (escore maior que 26), os valores se concentraram mais em torno da mediana. Além disso, muitas vezes nesse grupo houve uma concentração maior de valores máximos para o domínio, como nos casos da lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Ainda, os valores mínimos de cada domínio para o grupo sem risco para disfunção ficaram acima de 2,4 enquanto no grupo com risco para disfunção os valores mínimos eram sempre mais baixos.

No domínio desejo, no grupo de mulheres com risco para disfunção sexual observou-se mediana 3,0, mínimo 1,2 e máximo 5,4. Já no grupo com menor risco para disfunção (escore >26) foi observada mediana 4,2, mínimo 3,0 e máximo 6,0 (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos escores de desejo segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004

No domínio excitação (gráfico 2), a mediana do grupo com maior risco para disfunção sexual foi 3,3 enquanto no outro grupo (escore total maior que 26) a mediana foi 4,8. Neste, todos os valores do domínio estavam acima da mediana do grupo com risco para disfunção sexual (escore total menor ou igual a 26). No primeiro grupo, houve uma variação do escore entre 0 e 5,1 e no segundo, entre 3,6 e 6,0.

Gráfico 2. Distribuição dos escores de excitação segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão preto (SP) entre 2000 e 2004

Com relação ao domínio lubrificação, dentre as mulheres com escore total maior que 26 (menor risco para disfunção sexual), 33,4% (52 observações) obtiveram valores máximos dentro do domínio (6), o que ocorreu com apenas duas das observações no grupo com maior risco para disfunção (gráfico 3). Este grupo obteve mediana 4,2 com máximo 6,0 e mínimo 0. O grupo com escore total mais elevado obteve mediana 5,6, mínimo 2,1 e máximo 6,0.

Gráfico 3. Distribuição dos escores de lubrificação segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão Preto (SP) entre 2000 e 2004

Situação semelhante ocorreu com o domínio orgasmo, no qual 27,6% das mulheres com escore total elevado obtiveram valor máximo dentro do domínio (6). A mediana deste grupo foi 5,6 enquanto do grupo com risco para disfunção foi 4,0. As observações variaram de 0 a 5,6 no grupo com risco para disfunção sexual e de 3,6 a 6,0 no outro grupo (gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição dos escores de orgasmo segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão Preto (SP) entre 2000 e 2004

No domínio satisfação a diferença entre os grupos foi grande, 51,9% atingiram valores máximos no domínio satisfação. A mediana do grupo com menor risco para disfunção coincidiu com o valor máximo (6) e houve variação de 3,2 a 6,0, enquanto no grupo com maior risco para disfunção observou-se mediana 4,0 e houve maior dispersão de valores, com variação entre 0,8 e 6,0 (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição dos escores de satisfação segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão Preto (SP) entre 2000 e 2004

No domínio dor, cuja pontuação fornecida pelo escore é inversa, isto é, quanto maior e mais freqüente a dor, menor a pontuação, a diferença entre os grupos ficou ainda mais evidente. Verificou-se que das observações no grupo com escores mais elevados 59% atingiram valores máximos no domínio dor (isto é, ausência de dor). A mediana do grupo com baixo risco para disfunção coincidiu com o valor máximo (6) e houve variação de 2,4 a 6,0. No grupo com maior risco para disfunção sexual a mediana do domínio dor foi 3,6 e houve grande dispersão dos valores, com a variação foi de 0 a 6,0 (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição dos escores de dor segundo escore total, dentre as mulheres submetidas à esterilização cirúrgica pelo SUS em Ribeirão Preto (SP) entre 2000 e 2004

Para avaliar a influência de cada domínio no escore total dentre as mulheres com escores menores ou iguais a 26 foram criadas curvas ROC estudando-se cada domínio em relação ao ponto de corte do escore total proposto por Wiegel, Meston e Rosen (2005).

A curva ROC (*Receiver Operating Characteristic curve*) foi um método desenvolvido para utilização no âmbito militar cuja finalidade inicial seria auxiliar na identificação de sinais de radar. Posteriormente essa metodologia foi incorporada aos estudos epidemiológicos como forma de interpretar testes diagnósticos ao se confrontar sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico. O valor da área sob a curva – que pode ser obtido a partir de cálculos matemáticos – oferece a habilidade de discriminar corretamente um par de “caso” e “não-caso” escolhido aleatoriamente. Assim, o indivíduo com teste mais alterado deve ser o indivíduo advindo da população dos “casos” e vice-versa e a área sob a curva mostra a probabilidade dessa situação ocorrer.

No presente estudo assumiu-se o escore total como sendo o estimador mais adequado da presença da disfunção sexual e assim, testou-se cada domínio em relação ao escore total. A análise da área sob a curva possibilitou avaliar a influência de cada domínio dentro do escore total no grupo com maior risco para disfunção (quadro 6). A partir dos resultados obtidos observou-se que ao se verificar um valor baixo em um determinado domínio existe uma alta probabilidade de prever risco para disfunção sexual segundo o escore total (escore menor ou igual a 26). Conforme apresentado na tabela 28 os domínios isoladamente que melhor predizem a disfunção sexual avaliada pelo escore total são orgasmo (93,4%), satisfação (90,3%) e excitação (90,3%).

Quadro 6. Curvas ROC de cada domínio do IFSF em relação ao ponto de corte 26 do escore total. ASC = área sob a curva dada pela equação:

$$A = \frac{\sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n 1_{x_i > y_j}}{mn}$$

Gráfico 7. Curvas ROC de cada domínio do IFSF em relação ao ponto de corte 26 do escore total

No entanto em todos os domínios existe uma alta probabilidade (acima de 78,1%) de que as mulheres com escore baixo em um domínio apresentem escore total com risco para disfunção sexual (menor ou igual a 26) (tabela 30).

Tabela 30-Área sob a curva de cada domínio do IFSF em relação ao ponto de corte 26 do escore total

Domínio	Área sob a curva	Desvio padrão	Intervalo de confiança 95%	
Dor	0,781	0,032	0,718	0,845
Lubrificação	0,883	0,025	0,833	0,931
Desejo	0,884	0,027	0,831	0,937
Excita	0,903	0,025	0,853	0,952
Satisfação	0,903	0,022	0,860	0,947
Orgasmo	0,934	0,015	0,905	0,963

5.7 Associação entre as variáveis

A análise dos dados incluiu a análise das relações entre as variáveis, o que foi feito, para as variáveis categorizadas, utilizando-se teste χ^2 ou exato de Fisher após a construção de tabelas 2x2. Para as variáveis contínuas, utilizou-se matriz de correlação para avaliar existência de correlação entre o escore total do Índice de Função Sexual Feminina e as variáveis independentes.

Na análise das variáveis categorizadas, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a variável disfunção sexual e as seguintes variáveis: idade, estado marital, cor, religião, anos de escolaridade, número de filhos vivos, idade na esterilização, renda familiar, primeiro MAC utilizado antes da cirurgia, tempo de cirurgia, dismenorréia, peso, característica do relacionamento conjugal antes da cirurgia, mudança no relacionamento conjugal após a cirurgia, recomendação da cirurgia, hipotética repetição da cirurgia, satisfação com o método, número de abortos, ocorrência de aborto, classe econômica e mudança na vida após a cirurgia. No entanto observou-se associação estatisticamente significativa entre a variável disfunção sexual e algumas outras variáveis tais como categoria de escolaridade, renda *per capita*, dor pélvica, número de gravidezes, número de partos vaginais e número de cesáreas.

5.7.1 Escolaridade

Dentre as mulheres com ensino fundamental incompleto, 31,8% apresentaram escore do IFSF menor ou igual a 26 e 68,2%, acima de 26. Entretanto, das mulheres com mais alta escolaridade (médio completo e superior) apenas 13,6% apresentaram escores do índice

menores ou iguais a 26, enquanto as mulheres com menor escolaridade obtiveram escores menores (tabela 31).

Tabela 31-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo grau de escolaridade entre as mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004

			Categoria de Escolaridade			
Disfunção Sexual			Fundamental incompleto	Fundamental completo	Médio incompleto	Médio completo e superior
	SIM	n	48	11	11	3
		%	31,8	32,4	55	
	NÃO	n	103	23	9	19
		%	68,2	67,7	45	
	TOTAL	n	151	34	20	22
			Fisher's exact		p<0,05	

5.7.2 Renda

Embora não tenha sido encontrada associação entre a renda familiar e disfunção sexual, a renda per capita demonstrou associação estatisticamente significativa. Dentre as mulheres com menor renda *per capita* houve uma maior proporção de mulheres com risco para disfunção sexual (IFSF menor ou igual a 26). Das mulheres que apresentaram renda *per capita* de até R\$ 70,00, 53,1% apresentaram risco para disfunção sexual enquanto apenas 24,2% das mulheres com renda *per capita* acima de R\$ 210,00 obtiveram escores iguais ou inferiores a 26. Esta associação também foi observada entre os grupos de renda *per capita* intermediária (tabela 32)

Tabela 32-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pela renda *per capita* das mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004

		Renda <i>per capita</i> (em R\$)				
			Até 70	71 a 140	141 a 210	Acima de 210
Disfunção Sexual	Sim	n	17	21	21	15
		%	53,1	31,8	30,9	24,2
	Não	n	15	45	47	47
		%	46,9	68,2	69,1	75,8
	total		32	66	68	62

Pearson chi2(3) = 8,2558 p < 0,05

Na estratificação da renda *per capita* segundo a escolaridade, observou-se associação estatisticamente significativa entre renda *per capita* e disfunção sexual apenas no estrato com escolaridade baixa (fundamental incompleto). No estrato de escolaridade a partir do ensino fundamental completo não houve significância estatística, o que significa dizer que essa associação entre renda *per capita* e disfunção sexual parece existir apenas nas mulheres com ensino fundamental incompleto (tabela 33).

Tabela 33-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pela renda *per capita* das mulheres esterilizadas em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004, estratificada pela escolaridade

		Renda <i>per capita</i> (em R\$)					
				Até 70	71 a 140	141 a 210	Acima de 210
Fundamental incompleto*	Disfunção Sexual	Sim	n	14	14	17	3
			%	56,0	28,6	36,2	10,3
		Não	n	11	35	30	26
			%	44,0	71,4	63,8	89,7
		total		25	49	47	29
Fundamental completo**	Disfunção Sexual	Sim	n	2	7	4	12
			%	40	43,75	19,05	36,36
		Não	n	3	9	17	21
			%	60	56,25	80,95	63,64
		total		5	16	21	33

*Fisher's exact = 0,003

** Fisher's exact = 0,375

5.7.3 História gestacional

O número de gravidezes apresentou associação estatisticamente significativa com a variável disfunção sexual. Das mulheres que tinham 5 ou mais gravidezes, 44,2% delas apresentaram escores mais baixos, enquanto 29% das mulheres com 4 filhos ou menos apresentaram disfunção (tabela 34).

Tabela 34-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de gravidezes por mulher esterilizada em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004

Número de gravidezes				
			1 a 4	5 ou mais
Disfunção Sexual	Sim	n	52	23
		%	29,	44,2
	Não	n	127	29
		%	71,0	55,8
Total			179	52

Pearson $\chi^2(1) = 42.350$ $p < 0,05$

Ao se estratificar o número de gravidezes segundo a escolaridade, observou-se associação estatisticamente significativa entre número de gravidezes e disfunção sexual apenas no estrato de escolaridade baixa (fundamental incompleto). Isso sugere que a associação entre disfunção e número de gravidezes parece estar presente apenas entre as mulheres com escolaridade baixa na amostra utilizada (tabela 35).

Tabela 35- Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de gravidezes por mulher esterilizada em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004, estratificada pela escolaridade

				Número de gravidezes	
				1 a 4	5 ou mais
Fundamental incompleto*	Disfunção Sexual	Sim	n	29	19
			%	25,9	48,7
		Não	n	83	20
			%	74,1	51,3
	Total			112	39
	Fundamental completo**	Disfunção Sexual	Sim	n	23
%				34,9	20,0
Não			n	43	8
			%	65,2	80,0
Total			66	10	

*Pearson $\chi^2(1) = 69.503$ $p < 0,01$

** Fisher's exact = 0,482

Com relação ao tipo de parto, das mulheres que não tiveram partos vaginais, 40,7% delas apresentaram disfunção sexual. Número semelhante foi obtido entre as mulheres que tiveram 4 ou mais partos vaginais (42,4%), no entanto, dentre as mulheres que tiveram entre 1 e 3 partos vaginais houve uma menor proporção de baixos escores do IFSF (respectivamente 13%, 24,4% e 27,8%) (tabela 36).

Tabela 36-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de partos vaginais por mulher esterilizada em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004

			Partos vaginais				
			0	1	2	3	4 ou mais
Disfunção Sexual	Sim	n	22	3	10	15	25
		%	40,7	13,0	24,4	27,8	42,4
	Não	n	32	20	31	39	34
		%	59,3	87,0	75,6	72,2	57,6
	Total		54	23	41	54	59
			Fisher's exact $p < 0,05$				

Dentre as mulheres que apresentaram escores do IFSF menores ou iguais a 26, 81,3% havia se submetido a 2 ou mais partos cesárea, enquanto daquelas com escores maiores que 26, 55,3% referiram 2 ou mais cesáreas (tabela 37).

Tabela 37-Disfunção sexual a partir do escore IFSF pelo número de partos cesáreas por mulher esterilizada em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004

		Disfunção Sexual			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Cesáreas	1	6	18,8	34	44,7
	2 ou mais	26	81,3	42	55,3
Total		32		76	108
Pearson chi2(1) = 65.212				p < 0,05	

5.7.4 Dor pélvica

Das mulheres que referiram apresentar dor pélvica, houve uma maior porcentagem de mulheres com risco para disfunção sexual (IFSF menor ou igual a 26) (62,5%), enquanto dentre as mulheres sem dor pélvica 30,23% apresentaram IFSF menor ou igual a 26.

Tabela 38- Disfunção sexual a partir do escore IFSF pela presença de dor pélvica após a LT por mulher esterilizada em Ribeirão Preto (SP) pelo SUS entre 2000 e 2004

		2004		
		Dor Pélvica		
			Sim	Não
Disfunção Sexual	Sim	n	10	65
		%	62,5	30,23
	Não	n	6	150
		%	37,5	69,77
	Total		16	215

Estratificando-se a dor pélvica pelo número de cesáreas, observou-se que na amostra analisada a presença de cesárea não alterou a força de associação entre dor pélvica e disfunção sexual. Ainda, apesar de haver na literatura associação entre cesáreas e dor pélvica (ALMEIDA et al., 2002), não foi observada essa associação no presente estudo e o número de cesáreas não funcionou como fator de confusão para a relação entre dor pélvica e disfunção sexual.

5.8 Estudos de correlação

A matriz de correlação entre as variáveis contínuas permitiu observar que não foi encontrada correlação entre o escore total do IFSF e as variáveis: idade, anos de escolaridade, idade na esterilização, tempo de cirurgia, número de gravidezes, número de partos cesárea, número de partos vaginais e número de abortos. Observou-se, porém correlação negativa entre o escore total do IFSF e o número de filhos vivos, de forma que quanto maior o número de filhos vivos, menor o escore de função sexual.

Ainda, foi observada correlação positiva entre o escore de função sexual e renda familiar e renda per capita. Os valores do critério de classificação econômica também mostraram ter correlação positiva com os escores de função sexual. Embora os fatores de correlação entre essas variáveis tenha sido em sua maioria inferiores a 20%, todas as correlações apresentaram nível de significância menor que 5% (tabela 39).

Tabela 39-Matriz de correlação: Escore Total do IFSF

	esctotal	idade	escola~s	nfilho~s	rendaf~r	rendapc	idadee~l	tempocir	ngrav	npcesa~a	nabortos	pvagin~s	ccecto~l
esctotal	1,0000												
<i>pvalue</i>													
idade		1,0000											
<i>pvalue</i>													
escola~s			1,0000										
<i>pvalue</i>													
nfilho~s	-0,1503		-0,3021	1,0000									
<i>pvalue</i>	0,0224		0,0000										
rendaf~r	0,1710	0,1433	0,3781	-0,2160	1,0000								
<i>pvalue</i>	0,0094	0,0284	0,0000	0,0009									
rendapc	0,1591	0,2274	0,3986	-0,3981	0,9153	1,0000							
<i>pvalue</i>	0,0157	0,0005	0,0000	0,0000	0,0000								
idadee~l		0,9608			0,1376	0,2258	1,0000						
<i>pvalue</i>		0,0000			0,0355	0,0005							
tempocir		0,2565						1,0000					
<i>pvalue</i>		0,0001											
ngrav			-0,2838	0,8317	-0,2308	-0,3571			1,0000				
<i>pvalue</i>			0,0000	0,0000	0,0004	0,0000							
npcesa~a		-0,1338								1,0000			
<i>pvalue</i>		0,0404											
nabortos		0,1341							0,4724		1,0000		
<i>pvalue</i>		0,0399							0,0000				
pvagin~s			-0,2904	0,7448	-0,2148	-0,3254		0,1591	0,6728	-0,7148		1,0000	
<i>pvalue</i>			0,0000	0,0000	0,0009	0,0000		0,0146	0,0000	0,0000			
ccecto~l	0,1378	0,1595	0,4052	-0,3264	0,7008	0,7211	0,1370		-0,3147			-0,3173	1,0000
<i>pvalue</i>	0,0364	0,0144	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0358		0,0000			0,0000	

Variáveis: esctotal= escore total do IFSF, idade= idade em anos completos, escola~s= anos de escolaridade, nfilho~s= número de filhos vivos, rendaf~r= renda familiar, rendapc= renda familiar *per capita*, idadee~l= idade na esterilização, tempocir= tempo de esterilização, ngrav= número de gravidezes, npcesa~a= número de partos cesárea, nabortos= número de abortos, pvagin~s= número de partos vaginais, ccecto~l= escore total do critério de classificação econômica Brasil.

5.9 Análise multivariada

Em função do número de variáveis e da característica do estudo, foi introduzida a análise dos dados pelo modelo de regressão logística. Foi calculado o *Odds Ratio* (OR) bruto e comparado ao *Odds Ratio* ajustado de cada variável para grupos definidos de variáveis (tabela 40). Após essa comparação buscou-se identificar as variáveis de confusão e de interferência para cada resultado.

Na análise de regressão logística pelo OR bruto há indícios de que a categoria de escolaridade “médio completo” seria fator de risco para disfunção sexual. Da mesma forma, ter cinco ou mais gravidezes também apresentou indícios de comportar-se como fator de risco para disfunção sexual. Ao contrário, a ausência de dor pélvica, presença de apenas um parto vaginal e presença de apenas uma cesárea, surerem comportar-se como fator de proteção na amostra avaliada.

Na comparação com o OR ajustado, apenas a categoria de escolaridade comportou-se da mesma forma. As demais variáveis não mantiveram a mesma resposta e assim, foram avaliados os possíveis fatores de confusão. Para a variável dor pélvica, observou-se que o tempo de cirurgia, o número de partos cesárea e a presença de mudança na vida após a cirurgia comportaram-se como fatores de confusão. Para o número de gravidezes funcionaram, como confusão as variáveis categoria de escolaridade, número de filhos vivos, primeiro MAC utilizado antes da cirurgia e número de partos vaginais. Para o número de partos vaginais, apenas o número de cesárea demonstrou ser fator de confusão e para o número de cesáreas, tempo de cirurgia e número de partos vaginais apresentaram-se como variáveis de confusão.

Tabela 40 - Resultado da regressão logística

	BRUTO				AJUSTADO			
	OR	P>z	IC 95%		OR	P>z	IC 95%	
IFSF>26								
Idade* ¹								
25 a 34 anos	1				1			
35 a 39 anos	0,72	0,30	0,38	1,35	0,68	0,25	0,35	1,31
40 ou mais	0,87	0,70	0,43	1,76	0,88	0,75	0,42	1,88
Estado Marital* ²								
Unidas	1				1			
Não unidas	1,80	0,22	0,71	4,55	1,80	0,25	0,66	4,87
Cor* ³								
Branças	1				1			
Não brancas	1,10	0,74	0,63	1,92	0,93	0,82	0,51	1,71
Religião* ⁴								
Católica	1				1			
Outras	0,81	0,49	0,45	1,47	0,69	0,28	0,35	1,35
Categoria de Escolaridade* ⁵								
Fundamental incompleto	1				1			
Fundamental completo	1,03	0,95	0,46	2,27	1,69	0,27	0,67	4,26
Médio incompleto	2,62	0,05	1,02	6,75	3,80	0,02	1,22	11,86
Médio completo e superior	0,34	0,09	0,10	1,20	0,53	0,39	0,13	2,22
Número de filhos vivos* ⁶								
1 e 2	1				1			
3	1,06	0,86	0,53	2,12	0,75	0,70	0,17	3,27
4 ou mais	1,31	0,45	0,66	2,60	0,48	0,46	0,07	3,36
Idade na esterilização* ⁷								
Até 30	1				1			
30 a 34 anos	0,99	0,97	0,48	2,01	1,28	0,65	0,44	3,77
35 ou mais	0,76	0,45	0,38	1,52	0,84	0,85	0,15	4,68
Classificação Econômica* ⁸								
D/E	1				1			
C	1,07	0,84	0,55	2,09	0,76	0,64	0,23	2,46
A/B	0,62	0,26	0,27	1,42	1,40	0,39	0,65	3,03
Primeiro MAC usado antes da LT* ⁹								
Nenhum	1				1			
Pílula	0,48	0,08	0,21	1,08	0,73	0,54	0,27	1,97
Injeção	0,70	0,50	0,25	1,97	0,64	0,39	0,23	1,77
Outros	0,44	0,09	0,17	1,15	0,99	0,99	0,28	3,53
Segundo MAC utilizado antes da LT* ¹⁰								
Apenas 1 MAC	1				1			
2 MAC	0,99	0,98	0,44	2,22	0,47	0,23	0,14	1,61
Tempo de esterilização* ¹¹								
Até 18	1				1			
19 a 24	2,11	0,12	0,83	5,39	1,11	0,83	0,41	2,99
24 a 35	1,66	0,23	0,72	3,80	3,00	0,06	0,96	9,40
36 a 47	1,53	0,35	0,63	3,75	1,89	0,22	0,69	5,21
48 ou mais	1,58	0,34	0,61	4,09	1,52	0,46	0,50	4,64

Continua..

Continuação Tabela 40 - Resultado da regressão logística

	BRUTO				AJUSTADO			
	OR	P>z	IC 95%		OR	P>z	IC 95%	
IFSF>26								
Dismenorréia* ¹²								
Nunca teve	1				1			
Tinha e ficou igual	1,84	0,13	0,83	4,06	1,25	0,72	0,37	4,20
Tinha e melhorou	1,06	0,91	0,40	2,83	1,98	0,11	0,85	4,59
Tinha e piorou	1,07	0,91	0,35	3,32	0,75	0,59	0,26	2,17
Não tinha e passou a ter	1,56	0,22	0,77	3,16	1,06	0,92	0,30	3,73
Dor Pélvica* ¹³								
Sim	1				1			
Não	0,26	0,01	0,09	0,75	1,35	0,44	0,63	2,87
Peso* ¹⁴								
Manteve	1							
Aumentou	1,56	0,17	0,83	2,91	0,30	0,09	0,08	1,21
Diminuiu	1,69	0,18	0,79	3,63	1,60	0,17	0,82	3,13
Característica relacionamento conjugal antes da cirurgia* ¹⁵								
Bom	1				1			
Médio ou conflituoso	1,07	0,91	0,35	3,24	1,96	0,11	0,87	4,43
Mudança do relacionamento conjugal após a cirurgia* ¹⁶								
Não mudou ou melhorou	1				1			
Piorou	1,47	0,18	0,83	2,61	1,80	0,37	0,50	6,47
Satisfação com a cirurgia* ¹⁷								
Sim	1				1			
Não	2,09	0,60	0,13	33,95	0,97	0,99	0,05	20,65
Número de gravidezes* ¹⁸								
1 a 4	1				1			
5 ou mais	1,94	0,04	1,03	3,66	1,46	0,22	0,80	2,67
Número de partos vaginais* ¹⁹								
nenhum	1							
1	0,22	0,03	0,06	0,82	2,51	0,09	0,87	7,27
2	0,47	0,10	0,19	1,15	0,35	0,27	0,05	2,24
3	0,56	0,16	0,25	1,25	1,29	0,84	0,11	15,85
4 ou mais	1,07	0,86	0,51	2,26	1,59	0,78	0,06	39,85
Número de partos cesárea* ²⁰								
nenhum	1				1			
1	0,33	0,02	0,13	0,84	2,27	0,68	0,05	111,04
2	1,18	0,70	0,52	2,65	0,51	0,33	0,13	1,96
3 ou mais	1,13	0,75	0,53	2,42	3,40	0,30	0,33	34,98
Número de abortos* ²¹								
nenhum	1				1			
1 ou mais	0,94	0,85	0,48	1,83	2,74	0,55	0,10	74,67

Continua..

Conclusão Tabela 40 - Resultado da regressão logística

IFSF>26	BRUTO				AJUSTADO			
	OR	P>z	IC 95%		OR	P>z	IC 95%	
Mudança na vida após a cirurgia* ²²								
SIM	1				1			
NAO	2,08	0,09	0,90	4,77	3,99	0,01	1,35	11,80

*¹ Ajustada para cceb tempocir ngrav. *² Ajustada para idade religiao escolcat nfilhosvivos cceb. *³ Ajustada para estmarital escolcat nfilhosvivos cceb. *⁴ Ajustada para estmarital escolcat nfilhosvivos cceb pmac smac carelconj mudança. *⁵ Ajustada para idade cor nfilhosvivos cceb pmac smac tempocir satisfeita ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *⁶ Ajustada para idade religiao escolcat idadeesteril cceb pmac smac tempocir satisfeita ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *⁷ Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos cceb pmac smac tempocir carelconj ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *⁸ Ajustada para idade estmarital escolcat idadeesteril ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *⁹ Ajustada para idade escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir colicamenst dorpelv peso ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *¹⁰ Ajustada para idade escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir colicamenst dorpelv peso ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *¹¹ Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac ngrav pvaginais npcesarea nabortos. *¹² Ajustada para idade cceb pmac smac dorpelv ngrav. *¹³ Ajustada para idade cceb pmac smac tempocir colicamenst carelconj satisfeita ngrav pvaginais npcesarea nabortos mudança. *¹⁴ Ajustada para idade estmarital cceb pmac smac ngrav mudança. *¹⁵ Ajustada para estmarital religiao escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir dorpelv peso satisfeita ngrav mudança. *¹⁶ Ajustada para estmarital religiao escolcat nfilhosvivos cceb dorpelv carelconj ngrav mudança. *¹⁷ Ajustada para idade estmarital religiao escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir colicamenst dorpelv peso carelconj. *¹⁸ Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir pvaginais npcesarea nabortos. *¹⁹ Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir ngrav npcesarea nabortos. *²⁰ Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir ngrav pvaginais nabortos. *²¹ Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos idadeesteril cceb pmac smac tempocir ngrav pvaginais npcesarea. *²² Ajustada para idade estmarital escolcat nfilhosvivos cceb carelconj mudrelaconj satisfeita ngrav

Nesse processo, a variável “mudança na vida” foi a única que apresentou significância estatística após ajuste para outras variáveis. A resposta “não” apresentou OR 0,25 com intervalo de confiança 95% (IC95%) entre 0,08 e 0,7. Isso sugere que a ausência de mudança na vida da mulher após a cirurgia serviria como fator protetor para disfunção sexual. Na avaliação de fator de interação o estado marital mostrou ser o único fator de interferência para “mudança na vida”. Ao construir-se uma tabela 2x2 estratificando-se a variável mudança pelo estado marital observou-se associação no estrato das mulheres unidas (tabela 41). Esse achado sugere que a ausência de mudança na vida da mulher após a esterilização seja fator de proteção entre as mulheres unidas na amostra estudada.

Tabela 41-Disfunção sexual segundo mudança na vida após esterilização entre mulheres esterilizadas pelo SUS em Ribeirão Preto (SP) entre os anos de 2000 e 2004

	Mudança		
	Disfunção	Sim	Não
Unidas*	Sim	3	63
	%	11,11	34,24
	Não	24	121
	%	88,89	65,76
	Total	27	184
	Mudanca		
	Disfunção	Sim	Não
Não unidas**	Sim	5	4
	%	41,67	50,00
	Não	7	4
	%	58,33	50,00
	Total	12	8

*Fisher's exact = 0.015

**Fisher's exact = 1.000

6 DISCUSSÃO

Mesmo que não seja o escopo do atual estudo, acredita-se oportuna nesse momento do texto a discussão acerca da abordagem do referencial teórico. Apesar de assumir-se o referencial positivista, embasado num modelo bio-psico-social de entendimento da doença, há que se levar ao conhecimento a discussão que se coloca na literatura acerca desse modelo de abordagem da saúde sexual. Segundo alguns autores, ainda que de forma diversa dos estudos embebidos de moral religiosa, o estudo da sexualidade pela ciência médica recente continuou a tentar sistematizar e classificar a resposta sexual humana, agora se falando em funcionalidade ou não-funcionalidade (função e disfunção), não mais em patologias ou perversões (TIEFER, 2000; 2006; MOYNIHAN, 2003).

É, portanto, nesse contexto que se discute o diagnóstico de disfunções sexuais como uma forma de se continuar a medicalizar a sexualidade. Tieffer (2000; 2006) e Moynihan (2003) abordam essa discussão de forma contundente ao questionar inclusive os limites éticos da aproximação entre os pesquisadores na área da sexualidade e a indústria farmacêutica, que, segundo os autores, influencia de forma fortemente enviesada a produção de conhecimento na área da medicina sexual. Nesse sentido, os autores questionam inclusive a alta prevalência de disfunção sexual apresentada por Laumann, Paik e Rosen (1999), pois o método utilizado transformaria dificuldades em disfunções e estas em doenças, superestimando as necessidades de tratamento (TIEFER, 2000, 2006; MOYNIHAN, 2003). Para os autores, o modelo médico define a presença ou não da doença, porém, a sexualidade humana não se encaixaria nesse modelo.

Por outro lado, os problemas sexuais têm sido, segundo Rosen (2003), objeto de investigação da ciência desde os estudos de Kinsey. Segundo o autor, mesmo quando se

consideram critérios mais restritivos para definição de disfunção sexual, há evidências de que a prevalência dos problemas sexuais seja mesmo alta. O autor acrescenta que os problemas sexuais femininos, apesar de prevalentes, são pouco entendidos e têm sido alvo da investigação médica muito antes da atual era das pesquisas farmacêuticas. De qualquer maneira, longe de colocar ponto final nessa discussão, apesar de utilizar especificamente uma abordagem para o reconhecimento dos problemas sexuais o presente estudo não desconsidera que haja discussão acerca do assunto.

6.1 Questionário de avaliação da função sexual

De acordo com os resultados apresentados nos capítulos anteriores, a adaptação do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) para o contexto cultural brasileiro mostrou-se adequada. Depois de decorrido o processo de proposição da versão em português (Índice de Função Sexual Feminina - IFSF), a aplicação do questionário às entrevistadas transcorreu de forma clara e sem dificuldades e os resultados mostraram-se confiáveis uma vez que houve clara discriminação entre os grupos com e sem risco para disfunção sexual inclusive dentro de cada domínio.

Basson et al. (2000) apontam em suas considerações finais serem extremamente recomendadas a padronização e validação de questionários que possam avaliar a função e resposta sexual feminina levando-se em consideração os novos modelos propostos que não consideram a resposta sexual feminina imagem espelho da masculina. Nesse sentido questionários como o FSFI têm sido desenvolvidos adaptados e validados para várias línguas e contextos culturais.

A exemplo disso estão os estudos de Blumel et al. (2004) que adaptaram o índice para o contexto cultural chileno e os estudos de Kuile, Brauer e Laan (2006) que avaliaram as propriedades psicométricas do método na população alemã. Esses estudos utilizaram método de adaptação transcultural semelhante ao que foi utilizado no presente estudo e obtiveram resultados considerados adequados. Isso mostra que o presente estudo está em consonância com a literatura mundial no que se refere aos métodos utilizados para avaliação da função sexual feminina.

Ademais, no Brasil ainda não havia método com essas características desenvolvido aqui ou adaptado ao contexto cultural que pudesse ser utilizado em larga escala em estudos epidemiológicos. Os estudos de Abdo et al. (2002) e Abdo (2004) que fazem um levantamento de base populacional, e através do método utilizado avaliam a presença de problemas e dificuldades sexuais. No entanto, a proposição de um índice numérico como o IFSF pode aumentar o poder de análise de estudos como esses.

Segundo Jones (2002), um instrumento capaz de avaliar a função sexual de mulheres deve ter como principais características ser multidimensional, válido, confiável e possuir a capacidade de ser aplicado em um período de 15 a 20 minutos. Além disso, o autor afirma que a adaptação e validação do instrumento para outros idiomas é desejável. De fato, isso traz a possibilidade de se obter dados possíveis de comparação entre culturas e países diferentes. Desde sua publicação o *FSFI* tem sido adaptado para outras línguas diferentes da língua inglesa e estudos baseados nessas versões estão em andamento ou publicados (BLUMEL et al., 2004; KUILE; BRAUER; LAAN 2006). Além disso é um instrumento conciso, capaz de ser administrado em um curto período de tempo e possuir as características acima mencionadas.

6.2 Amostra e população de referência

Ao se considerar o desenho do estudo, pode-se aceitar que a população estudada seja representativa da população de referência: mulheres submetidas à esterilização cirúrgica voluntária pelo SUS entre os anos de 2000 e 2004 na cidade de Ribeirão Preto (SP). No entanto essa população difere da grande massa de mulheres brasileiras que recorre aos métodos contraceptivos no aspecto do acesso ao procedimento. A população estudada e a população de referência do presente estudo, após a adequação aos critérios de eleição, tiveram acesso gratuito ao procedimento cirúrgico de esterilização, o que não ocorre na maior parte do país.

Mesmo após a implementação do PAISM, apesar da cirurgia ser principalmente realizada nos serviços públicos de saúde o pagamento extra pela esterilização ainda é necessário para obtê-la (OSIS et al., 1991; BERQUÓ, 1993; HARDY et al., 1993; BEMFAM/MACRO INTERNATIONAL, 1997). Entretanto, essa particularidade não impede a extrapolação dos resultados. Embora as populações difiram quanto ao acesso ao procedimento, não se tem informações de que isso seja relevante na consideração da disfunção sexual feminina.

6.3 Prevalência de Disfunção Sexual e fatores associados

Apesar de se tratar de uma população de mulheres previamente submetidas a um procedimento de esterilização cirúrgica, a população de estudo traz características importantes da população geral. Ao se considerar a elevada prevalência de laqueadura tubária, no Brasil,

mais de 40% das mulheres unidas e 27,3% de todas as mulheres estão esterilizadas. Considerando-se a distribuição da esterilização por idade na população geral, nas mulheres acima de 30 anos (idade da maioria da amostra deste estudo) mais de 37% de todas as mulheres brasileiras estão esterilizadas (BEMFAM/MACRO INTERNATIONAL, 1997). Sendo assim, este estudo, mesmo obtendo informações da função sexual somente entre mulheres esterilizadas, pode representar mais de um terço da população de mulheres brasileiras.

Levando-se em consideração o ponto de corte proposto por Wiegel, Meston e Rosen (2005), a proporção das mulheres do presente estudo com risco para disfunção sexual esteve de acordo com a prevalência de disfunção sexual para a população geral de mulheres encontrada na literatura. O presente estudo encontrou 32,5% das mulheres com risco elevado para disfunção sexual. Estudo de Blumel et al. (2004) que se utilizou do mesmo instrumento para avaliar a função sexual de mulheres chilenas entre 18 e 59 anos observou 40% de mulheres com disfunção sexual e com aumento da prevalência com o avançar da idade.

Dos estudos mais citados, os trabalhos de Laumann, Paik e Rosen (1999) indicaram que, nos Estados Unidos, cerca de 43% das mulheres entre 18 e 59 anos apresentavam algum tipo de disfunção sexual. Em revisão sobre o assunto, Lewis et al. (2004) consideram uma prevalência nessa faixa de idade entre 40 e 45%. No Brasil, Abdo (2004) encontrou que 28,5% das mulheres entrevistadas referiam alguma dificuldade sexual, contudo, 50,9% das mulheres apresentariam dificuldades sexuais quando somadas as dificuldades específicas (dificuldades de desejo, orgasmo, excitação e dor).

Conforme discutido no capítulo 2 a grande variação da prevalência de disfunção sexual feminina é explicada em função da diferença metodológica entre os estudos. Sendo assim, considerando-se a faixa etária das mulheres estudadas e o tipo de instrumento utilizado o achado de 32,5% de mulheres com risco elevado para disfunção sexual está de acordo com

grande parte dos estudos que se utilizaram de questionários e investigaram a presença de disfunção sexual em um período de tempo não muito longo (CAYAN et al., 2002; LEWIS et al. 2004; HISASUE et al., 2005).

6.4 Fatores sócio-educacionais

Os resultados obtidos demonstraram associação estatisticamente significativa entre escores baixos do IFSF (risco para disfunção sexual) e condições sócio-educacionais como renda e nível educacional. Esses resultados, todavia não são inéditos. Alguns autores já descreveram associação entre esses fatores e disfunção ou alterações sexual (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; ABDO et al., 2005; ELNASHAR et al., 2007).

Com relação à renda é importante citar o artigo de Laumann, Paik e Rosen (1999) que observou que a perda de mais de 20% do ganho financeiro familiar entre os anos de 1988 e 1991 estava associada a um impacto negativo no desejo sexual e dor. Ainda, segundo os autores a deterioração da posição econômica estaria associada a um aumento modesto do risco em todas as categorias de disfunção feminina.

Nas observações do presente estudo, uma condição econômica inferior (representada pela renda per capita até R\$ 70,00) estaria associada a valores do IFSF iguais ou inferiores a 26. Na análise de correlação, além da renda per capita, a renda familiar e a classificação econômica mostraram correlação positiva com as notas do IFSF, o que significa dizer que quanto menor a renda familiar ou mais baixa a nota da classificação econômica, menor o escore do índice e conseqüentemente, maior risco para disfunção sexual. Esses resultados podem ser explicados, conforme apontam Laumann, Paik e Rosen (1999), pelos altos níveis

de estresse a que uma situação econômica desfavorável pode levar à pessoa, o que, por sua vez, estaria relacionado à presença de disfunção sexual.

No entanto, a análise estratificada da renda per capita pelo grau de escolaridade mostrou associação estatística entre disfunção sexual e renda per capita apenas no estrato de grau de escolaridade baixo. Dessa forma, o nível educacional parece estar mais relacionado ao risco de disfunção sexual que a renda per capita.

De fato, houve associação estatística entre baixo grau de escolaridade (ensino fundamental incompleto) e escores baixos do índice. Outros autores, no entanto, já haviam apontado esse tipo de associação (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; CAYAN et al., 2004; ABDO et al., 2004; 2005; SAFARINEJAD, 2006). Laumann, Paik e Rosen (1999) observaram que de forma geral as mulheres com baixa escolaridade refeririam menos experiências sexuais prazerosas e elevados níveis de ansiedade sexual. Ainda segundo os autores, as mulheres com maiores níveis de escolaridades teriam quase metade do risco para algumas disfunções sexuais que as mulheres com baixa escolaridade. Da mesma forma, na população brasileira, Abdo et al. (2005) também observaram que baixos níveis de escolaridade teriam relação com disfunção sexual nas mulheres.

Abdo (2004) observou que baixos níveis de escolaridade estavam fortemente associados às disfunções sexuais em mulheres acima de 18 anos com vida sexual ativa, mais especificamente às disfunções de dor, inibição de desejo sexual e disfunção de orgasmo. O desemprego, que no Brasil afeta particularmente as pessoas com baixos níveis de escolaridade, seria outro fator associado à presença de inibição do desejo sexual nas mulheres (CAYAN et al., 2004; ABDO et al., 2005). Porém Abdo et al. (2005) encontraram essa disfunção e baixos níveis de escolaridade relacionavam-se de forma estatisticamente significativa de modo independente do desemprego. Em sua conclusão, os autores confirmam

a forte associação entre disfunção sexual feminina e baixos níveis de escolaridade (ABDO et al., 2005).

Dentre os estudos que avaliaram a relação entre grau educacional e disfunção sexual, apenas Sidi et al. (2007) observaram correlação positiva entre maior nível educacional e disfunção sexual. Os autores avaliaram 230 mulheres malaianas casadas, entre 18 e 70 anos nas quais aplicaram a versão do Female Sexual Function Index. Esse achado, divergente da literatura, no entanto, pode ter sido decorrente de um viés de seleção uma vez que a maioria das mulheres estudadas tinha alto nível de educação (SIDI et al., 2007).

De modo geral, a renda mais baixa e o menor nível educacional, que se associaram a disfunção sexual nas mulheres do estudo, implicam menor acesso à educação, tanto formal quanto cotidiana, e menor acesso à informação. Dessa forma seria possível sugerir que essas mulheres tenham um menor conhecimento do próprio corpo tanto pelo acesso à informação quanto pela falta de repertórios cognitivos de interpretação dos fatos e informações obtidas.

Mas não é bem a educação formal que de fato oferece melhores condições de conhecimento sobre o corpo e sexualidade. As mulheres com baixa renda e escolaridade não têm acesso à informações que não estão na educação formal básica, àquela informação para além dos aspectos da anatomia-reprodução-doenças sexualmente transmissíveis. Falta possibilidade de elaboração pessoal da informação, o que só ocorre num espaço privilegiado de troca.

Para alguns autores, o desconhecimento do próprio corpo e a vivência da sexualidade trazem inclusive repercussões na escolha do método contraceptivo (PIROTTA; SCHOR, 1998). A falta de conhecimento mais adequado sobre si, sobre seus corpos e sobre os ritmos ligados à fertilidade favoreceria a escolha da esterilização cirúrgica como método contraceptivo de eleição.

Para essas mulheres (esterilizadas, com baixa escolaridade e renda) há uma forte adesão aos modelos tradicionais de feminilidade (BARBOSA; VILLELA, 1995; MINELLA, 1998), e isso favoreceria um menor poder de negociação na esfera sexual. Essas dificuldades de negociação, entretanto, vão desde a escolha e responsabilidade pelo uso do MAC até a busca pelo prazer sexual. A essa parcela das mulheres talvez falte uma compreensão ampliada do que seja a sexualidade para além do corpo.

Grande parte dessa formação quem tem acesso é uma população mais privilegiada econômica e culturalmente. Além do acesso a outros tipos de informação – educação formal, mídia, família - as mulheres com mais alto nível educacional podem ter acesso a outros recursos para além da informação sobre os aspectos biológicos da sexualidade.

Segundo Moreira Junior (2005), seria mais provável que as mulheres com uma renda doméstica média ou alta buscassem ajuda para cuidar de dificuldades sexuais que as mulheres de baixa renda. Além disso, as dificuldades de acesso aos serviços médicos foram as principais razões referidas para não buscar ajuda por problemas sexuais. Para Mendoza-Sassi e Béria (2003) o acesso ao acompanhamento médico regular seria função da renda da pessoa.

Talvez seja esse um dos pontos importantes para se explicar a associação entre renda e nível educacional e disfunção sexual. No que tange às dificuldades sexuais, talvez o papel educacional seja feito prioritariamente pelos serviços de saúde não pela educação formal. Além de simplesmente oferecer informações acerca do tema, a própria relação profissional de saúde-paciente pode oferecer um espaço de troca, de sigilo em que haja possibilidade de elaboração pessoal da informação.

No acesso aos serviços de saúde e à informação que talvez a educação sexual seja feita. Interessante apontar, contudo, que ao considerar essa busca, não se reconhece o componente relacional da gênese dos problemas sexuais. Para a maioria das mulheres, a sexualidade estaria no corpo - genitalizada – e isso justificaria a busca pelo profissional de saúde: a busca

por cuidar da sexualidade seria pelo cuidar do corpo. Ao trilhar esse caminho, na verdade, a mulher estaria respondendo ao processo de medicalização da sexualidade, como se respondendo a uma submissão voluntária à uma autoridade social legitimada, a um “saber que legitima a interferência médica sobre o corpo feminino, que o disciplina para funções socialmente desejadas ou não” (SERRUYA, 1993. p 64).

6.5 História reprodutiva

Com relação à história reprodutiva, as mulheres com 5 ou mais gestações apresentaram com maior frequência escores baixos do índice. Resultados semelhantes foram encontrados por Cayan et al. (2004) que utilizaram o mesmo método que o presente estudo para avaliar a função sexual de mulheres turcas adultas. Segundo os autores, a multiparidade apresentou-se como fator de risco para disfunção sexual. Em estudo feito com mulheres iranianas entre 20 e 60 anos utilizando-se o mesmo instrumento, também a multiparidade mostrou estar associada ao risco de disfunção sexual (SAFARINEJAD, 2006).

Para Botros et al. (2006), a paridade parece ter um impacto duradouro na função sexual menos decorrente de alterações físicas posteriores ao parto que de efeitos psicológicos. Os autores encontraram dados que suportam afirmar que as mulheres nulíparas apresentavam satisfação sexual superior quando comparadas às múltiparas, independentemente da idade e tipo de parto. Essa associação entre multiparidade e disfunção sexual pode ser reflexo da forte associação entre sexo e reprodução.

Para essas mulheres, talvez, desvincular sexo de reprodução não seja uma tarefa possível. Isso traria repercussões tanto no número de gravidezes quanto na qualidade do

relacionamento sexual que essas mulheres buscam. Nesse sentido, tanto o desconhecimento do próprio corpo quanto a dificuldade de negociação na esfera sexual – seja pela busca do prazer, seja para evitar filhos – trariam como consequência um maior número de gravidezes e uma pior qualidade da vida sexual. Dessa forma, ainda fala a favor dessa associação a escolha do método contraceptivo: conforme discutido no capítulo 1, no processo de medicalização da sexualidade e na permanência de modelos tradicionais de feminilidade, a escolha pela esterilização pode representar essa dificuldade de desvincular sexo e reprodução ao demandar que isso seja feito por um terceiro socialmente legitimado para essa função: o médico.

Sobre o tipo de parto, no estudo presente observou-se associação estatisticamente significativa entre disfunção sexual e número de partos vaginais. As mulheres que tiveram 4 ou mais partos por via vaginal (normais e fórceps) apresentaram uma maior proporção de baixos escores do índice. Dados da literatura corroboram esses achados. Em revisão sobre o tema, Hicks et al. (2004) referem ter encontrado sugestões nos estudos sobre o assunto de que haja associação entre o parto vaginal assistido e algum grau de disfunção sexual.

No entanto, vários estudos trazem em comum a sugestão de que são eventos relacionados à gestação (ELNASHAR et al., 2007) e particularmente o parto vaginal assistido que se associam à disfunção sexual (KLEIN et al., 1994; KLEIN et al., 2005; BASAK et al., 2007). Alguns autores sugerem que a função sexual seria melhor entre as mulheres com períneo íntegro que entre as mulheres submetidas à episiotomia (KLEIN et al., 1994; SIGNORELLO et al., 2001). Nesse sentido parece ser a intervenção médica a variável associada à disfunção sexual.

De fato, alguns autores reforçam a hipótese de ser a intervenção médica essa variável. Klein et al. (2005) encontraram proporção maior de mulheres com dispareunia entre as mulheres submetidas à episiotomia. Outros autores referem que não apenas a dor, mas outros aspectos importantes da função sexual feminina como excitação, lubrificação, orgasmo e

satisfação estariam alterados em decorrência da episiotomia médio lateral (BASAK et al., 2007; HARTMANN et al. 2005).

As mulheres estudadas na casuística do presente estudo que deram à luz por parto via vaginal (partos normais 97 % e partos fórceps 3%) muito provavelmente tiveram os partos no ambiente hospitalar, de hospitais públicos, tendo em vista seu poder aquisitivo e nível de escolaridade, além do fato de que fizeram cirurgia de esterilização pelo SUS. Embora não tenhamos avaliado a presença de episiotomia, considerando o tipo de assistência obstétrica prestada nos hospitais brasileiros, não exclusivamente nos hospitais públicos, que é altamente medicalizada, excetuando-se algumas ilhas de excelência, pode-se supor que a maioria dessas mulheres submeteu-se ao parto normal assistido e com episiotomia de rotina. Nesse sentido, é possível supor que o maior número de partos normais possam expor essas mulheres com mais frequência às alterações e riscos decorrentes da episiotomia a que alguns autores se referem (KLEIN et al., 1994; 2005; SIGNORELLO et al., 2001; HARTMANN et al. 2005; BASAK et al., 2007).

No entanto, a ausência do parto via vaginal não funcionou como fator protetor para a disfunção sexual. Ao contrário, as mulheres que não tiveram nenhum parto por via vaginal, isto é, que somente tiveram partos cesárea, também apresentaram alta proporção de disfunção sexual (40,7%). Dentre as mulheres com escores do índice inferiores, 81,3% havia se submetido a 2 ou mais partos cesárea.

De certa maneira esses dados vêm em ressonância com outros dados da literatura que sugerem não haver proteção do tipo de parto cesárea para a disfunção sexual (BARRETT et al., 2000; BARRETT et al., 2005; KLEIN et al., 2005; BOTROS et al., 2006; BRUMMEN et al., 2006; GUNGOR et al., 2007; BASAK et al., 2007). Para Gungor et al. (2007) apesar da prevalência de insatisfação sexual de 4,4% entre as mulheres com partos cesárea e de 14,4%

entre as mulheres com partos vaginais, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Para Barret et al. (2000, 2005) as diferenças entre cesárea e parto vaginal quanto à associação com disfunção sexual desaparecem 6 meses após o parto. Para Barret et al. (2005) qualquer efeito protetor da cesárea está restrito aos 3 primeiros meses após o parto e preferencialmente aos sintomas relacionados à dispareunia. Klein et al. (2005), observaram maior insatisfação sexual entre as mulheres submetidas a partos normais apenas entre as uníparas, entre as multíparas não foram observadas diferenças quanto ao tipo de parto e associação com disfunção sexual.

Vários autores sugerem que a insatisfação sexual não deva ser decorrente apenas do tipo de parto a que são submetidas as mulheres (BRUMMEN et al., 2006; BOTROS et al., 2006; GUNGOR et al., 2007). De fato, como apontam Barret et al. (2005) não há evidências para se advogar a favor da cesárea como fator protetor para disfunção sexual. Porém, os dados encontrados no presente estudo apontam para o outro lado: a presença de 2 ou mais partos cesáreas está associada a escores do IFSF menores ou iguais a 26 e, portanto, há risco elevado para disfunção sexual.

Na revisão bibliográfica não foram identificados estudos que apresentassem essa associação. Ao contrário, conforme anteriormente assinalado, os estudos indicam não haver diferença na associação entre tipo de parto e disfunção sexual. Apesar disso esse argumento se coloca na fala dos profissionais de saúde, especialmente médicos, de forma a contribuir para formar opinião em favor da cesárea como forma legítima de intervenção. Isso fica evidente até mesmo nas descrições do parto de alguns dos mais utilizados compêndios de obstetrícia do Brasil. Em seu livro, Rezende (1998) descreve que a passagem do feto pelo anel vulvoperineal sem lesar a integridade dos tecidos maternos, será, senão raramente, impossível e isso condicionaria frouxidão irreversível do assoalho pélvico. Esse argumento parece ser

uma justificativa importante do uso da cesárea no Brasil, mas a operação cesariana como forma de proteção contra disfunção sexual, no entanto, não tem respaldo adequado na literatura científica.

Aliás, talvez esteja aí, na operação, a possibilidade de explicar a associação encontrada. A cesárea não deixa de ser uma cirurgia pélvica realizada em mulher previamente sadia. Nesse sentido, alguns autores apontam para a relação entre cirurgia pélvica de um modo geral e disfunção sexual (LEVINE; YOST JR, 1976; SALONIA et al., 2006; ZIPPE et al., 2006).

Embora possa haver um impacto positivo na vida sexual após cirurgias de correção cirúrgica de incontinência urinária de stress e incontinência urinária coital (SALONIA et al., 2006), para Levine e Yost Jr. (1976) o risco de disfunção sexual seria 5 vezes maior nas mulheres submetidas à cirurgia pélvica. Especialmente após cirurgias oncológicas, as disfunções sexuais têm alta prevalência e segundo Zippe et al. (2006) as cirurgias pélvicas de forma geral estariam entre as mais comuns causas orgânicas de disfunção sexual.

No presente estudo, ainda, o número de filhos vivos mostrou correlação negativa com os valores de escore do índice a um nível de significância menor que 5%. Esse resultado também foi referido por outros autores em amostra da população do Marrocos (KADRI et al., 2002) e Malásia (SIDI et al., 2007). Embora a característica do relacionamento conjugal não tenha mostrado associação com disfunção sexual, um maior número de filhos vivos pode relacionar-se a piora na satisfação conjugal. Falcke et al. (2002) apontaram como fatores que afetariam a satisfação conjugal aspectos conscientes e inconscientes, além de fatores ambientais como sexo, grau de escolaridade e o número de filhos. Além disso, a divisão sexual do trabalho impõe às mulheres um fardo a mais que é o cuidado e educação dos filhos, fato que pode diminuir as energias investidas na vida sexual.

6.6 Alterações orgânicas

Por fim, o achado de associação entre dor pélvica e risco para disfunção sexual do presente estudo corrobora dados da literatura que apontam uma maior prevalência de disfunção sexual entre mulheres com dor pélvica crônica (VERIT et al., 2006). Apesar da sensibilidade do instrumento utilizado neste estudo para avaliar a dor pélvica não ser muito elevada, esses dados apontam em direção a uma associação de grande importância dada a prevalência das duas entidades nosológicas.

No Reino Unido estima-se uma prevalência anual de 38/1000 entre mulheres de 15-73 anos, uma taxa comparável à prevalência de asma, migrânea e lombalgia. (ZONDERVAN et al., 1999). Além disso, a associação entre dor pélvica crônica e fatores psicossociais dentre os quais dificuldades de relacionamento e disfunção sexual tem sido relatadas (BONICA, 1990; LATTHE et al., 2006). Recente estudo de Verit et al. (2006) encontrou prevalência maior de disfunção sexual entre mulheres com queixas de dor pélvica crônica (69,6%) que entre mulheres saudáveis da população geral (30,4%). Nesse sentido, os resultados do presente estudo vêm corroborar esses dados encontrados na literatura.

6.7 Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo impostas pelo método faz-se necessário destacar o uso do ponto de corte proposto para a população dos EUA. O ponto de corte para determinação dos grupos de maior e menor risco para disfunção sexual foi desenvolvido por estudos

provenientes da população norte americana (WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). Embora haja controvérsia a respeito da manutenção das propriedades de medida do instrumento adaptado, visto que alguns autores pressupõem que a adequada adaptação transcultural de um instrumento possa trazer consigo as propriedades de medida do instrumento original, outros autores argumentam que a própria tradução para outro contexto confere propriedades desconhecidas ao instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; JORGE, 1998).

Apesar de em teoria poderem ser diferentes os pontos de cortes, acredita-se que essa diferença não seria grande o bastante para mudar substancialmente os resultados deste trabalho. O presente estudo considerou válido esse ponto de corte para a população de estudo ao se levar em conta o rigoroso processo de adaptação transcultural que o instrumento passou antes de se chegar à sua aplicação. Além disso os estudos de Kuile, Brauer e Laan (2006) consideram adequadas as propriedades psicométricas do FSFI adaptado ao contexto alemão após processo de adaptação transcultural semelhante ao desenvolvido no presente estudo.

Com relação à população de estudo e de referência, levando-se em conta o desenho do estudo, não é possível fazer extrapolações dos resultados obtidos para outras populações. Os resultados são válidos para as mulheres submetidas à laqueadura tubária pelo SUS no município de Ribeirão Preto (SP). No entanto as características deste estudo permitem que os resultados e as conclusões possam servir de ponto de partida para estudos mais abrangentes.

7 CONCLUSÕES

Ao final do estudo, observaram-se alguns pontos a se destacar. Neste capítulo sumarizam-se esses pontos:

Para que um questionário desenvolvido em um contexto cultural possa reproduzir suas características em uma cultura diferente o processo de adaptação deve ir além de uma simples tradução, é necessário um rigoroso processo de adaptação cultural do instrumento. Assim, o processo desenvolvido para o instrumento de escolha para avaliar a função sexual feminina (FSFI) foi de fundamental importância para a confiabilidade dos resultados deste estudo. Forneceu um instrumento factível para ser utilizado em pesquisas epidemiológicas e que manteve as características do instrumento original.

No presente estudo o questionário IFSF mostrou-se culturalmente adequado, compreensível e com um baixo índice de não resposta. Além disso, a forma de aplicação face a face, diferente da proposta do questionário original, mostrou-se adequada aos objetivos da investigação da pesquisa. Essa forma de aplicação foi bem aceita pela população estudada - baixo nível sócio-educacional - que fica evidente no pequeno índice de não resposta do questionário, apenas 1,7%. Isso ofereceu condições para que os resultados obtidos fossem consistentes com a literatura que versa sobre o assunto.

A comparação dos resultados da análise geral da função sexual com a literatura médica sobre o assunto mostrou que os resultados são compatíveis com estudos prévios que avaliam a função sexual de diferentes grupos de mulheres. O presente estudo está particularmente de acordo com os trabalhos que se utilizam questionários para a avaliação da função sexual feminina. Dessa forma é possível considerar os resultados obtidos sobre a presença de disfunção sexual válidos para a população de referência.

Quanto às variáveis associadas à disfunção sexual, os resultados apontam para algumas direções. Quanto aos fatores sócio-educacionais, ao número de gestações, número de filhos, mudança na vida e dor pélvica os resultados encontrados corroboram dados da literatura sobre o tema. No entanto os resultados obtidos quanto à associação entre ausência de partos vaginais e disfunção sexual e maior número de partos cesárea e disfunção sexual não encontram respaldo adequado na literatura revisada e se colocam no questionamento de um problema bastante prevalente no país – a medicalização da reprodução. Isso vem se contrapor ao argumento socialmente construído em favor da cesárea, que diz que esse tipo de parto é fator protetor para disfunção sexual.

Todavia as associações encontradas não se solidificaram num modelo multivariado de análise estatística. Além do tamanho amostral não ser suficiente para esta demonstração, não fez parte do escopo deste estudo aprofundar a investigação de fatores relacionados à disfunção sexual. Assim, este estudo aponta para pesquisas futuras que deverão ser desenvolvidas explorando-se as associações encontradas entre as variáveis nas análises uni e bivariadas e que não se repetiram no modelo multivariado por regressão logística.

7.1 Propostas

Muito embora as propriedades psicométricas do instrumento original já tenham sido estabelecidas, é necessário defini-las na versão em português. Nesse sentido, é possível considerar necessária a avaliação mais pormenorizada das qualidades de medida do instrumento no contexto brasileiro bem como o desenvolvimento de pontos de corte do

instrumento para a população brasileira considerando-se sua aplicação em populações clínicas.

Por fim, por não considerar este estudo definitivo para estabelecer relação de causa e efeito em função de seu delineamento, é necessária ainda a investigação mais pormenorizada das associações encontradas, especialmente a associação entre disfunção sexual e parto cesárea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C.H.N. **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro**. São Paulo (SP): Ed. Bregantini. 202 p. 2004
- ABDO, C.H.N.; MOREIRA, J.R.; FITTIPALDI, J.A.S. Estudo do comportamento sexual no Brasil - ECOS. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 57, p. 1329-35, 2000.
- ABDO, C. H. N.; OLIVEIRA JÚNIOR, W. M.; MOREIRA JÚNIOR, E. D.; FITTIPALDI, J. A. S. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do Brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 59, p. 250-7, 2002.
- _____. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, London, v. 16, p. 160-166, 2004.
- ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JÚNIOR, W.M.; MOREIRA JÚNIOR, E.; ABDO, J. A.; FITTIPALDI, J.A.S. The impact of psychosocial factors on the risk of erectile dysfunction and inhibition of sexual desire in a sample of the Brazilian population. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo. v. 123, n. 1, p.11-4, 2005.
- ADLER, E.; COOK, A.; GRAY, J.; TYRER, G.; WARNER, P.; BANCROFT, J. The effects of sterilization: a comparison of sterilized women with the wives of vasectomized men. **Contraception**, v. 23, n. 5, p.45-54, 1981.
- ALMEIDA, E.C.; NOGUEIRA, A.A.; CANDIDO DOS REIS, F.J.; ROSA E SILVA, J.C. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 79, n. 2, p. 101-4, 2002.
- ALVES, J.E.D. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: "o choque de civilizações" versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, A.J.; ALVES, J.E.D.; CORRÊA, S. (Orgs.). **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Abep e UNFPA, 2004, p. 21-47.
- ALTHOF, S.E.; ROSEN, R.C.; DEROGATIS, L.; CORTY, E.; QUIRK, F.; SYMONDS, T. Outcome Measurement in Female Sexual Dysfunction Clinical Trials: Review and Recommendations. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v. 31, p. 153–166, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil 2003**. Disponível em <<http://www.abep.org>> Acesso em: 16 de outubro de 2005.
- ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. **Rev. Psiqu. Clin.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 223-228, 1998.
- BAHAMONDES, L.; PETTA, C.A.; FAÚNDES, A.; BEDONE, A. Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. **Femina**, v. 20, p. 360-2, 1992.

BARBOSA, R. M.; VILLELA, W. V. Sterilization and Sexual Behavior Among Women in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 5, p.37- 46, maio 1995.

BARRETT, G., PEACOCK J., VICTOR, C. R., MANYONDA, I, THAKAR E. Women's sexual health after childbirth. **British Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 107, n. 2, p. 186-95, 2000.

BARRETT, G.; PEACOCK J.; VICTOR, C. R.; MANYONDA, I. Cesarean section and postnatal sexual health. **Birth**, v. 32, n. 4, p. 306-11, 2005.

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 18, p. 170-80, 1984.

BASAK B.; INCI, D.; ESER, A.; ATIF, A.; AHMET, V. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. **Journal International Urogynecology**, v. 18, n.4, p. 401-406, 2007.

BASSON, R. Are Our Definitions of Women's Desire, Arousal and Sexual Pain Disorders Too Broad and Our Definition of Orgasmic Disorder Too Narrow? **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 28, p. 289–300, 2002.

_____. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **Can. Med. Assoc. J**, v. 172, p. 1327 – 1333, maio, 2005.

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. **Journal of Urology**, Baltimore, v. 163, p. 888-894, mar. 2000.

BASSON R, LEIBLUM S, BROTT L, DEROGATIS L, FOURCROY J, FUGL-MEYER K, et al. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 1, p. 40, 2004.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/MACRO INTERNATIONAL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, Brasil 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International, 1997. 235 p.

BERMAN, J. R. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluations and treatment options. **Urology**, Philadelphia, v. 54, p. 385-391, 1999.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19(Sup. 2), p. S441-S453, 2003.

BERQUÓ, E. A esterilização no Brasil hoje. **Ciência e Tecnologia**, v. 88, p. 598-610, 1988.

BLÜMEL, J. E.; BINFA, L.; CATALDO, P.; CARRASCO, A.; IZAGUIRRE, H.; SARRÁ, S. Índice de función sexual femenina: un test para Evaluar la sexualidad de la mujer. **Rev Chil Obstet Ginecol**. v. 69, n. 2, p. 118-125, 2004.

- BONICA, J.J. Pelvic and perineal pain caused by other disorders, In: BONICA, J.J., **The Management of pain**. 2,ed., Pennsylvania. Lea & Febiger, 1990. Capítulo. 65, p. 1283-1312.
- BOTROS, S.M.; ABRAMOV, Y.; MILIER, J.J.; SAND, P.K.; GANDHI, S.; NICKOLO, A.; GOLDBERG, R.P. Effect of parity on sexual function: an identical twin study. **Obstet Gynecol.**, v. 107, n. 4, p. 765-70, 2006.
- BRUMMEN, V. H. J.; BRUINSE, H. W.; VAN DE POL, G.; HEMTZ, A. P.; VAN DER VAART, C. H. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? **B J O G**, v. 113, n. 8, p. 914-8, 2006.
- CARVALHO M. L. O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 788-94, 2005.
- CARVALHO, L. E. C.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D., SOUSA, M. H. Número ideal de filhos como fator de risco para laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1565-1574, nov-dez, 2004.
- CAYAN, S., AKBAY, E., BOZIU, M. CANPOLAT, B., ACAR, D., ULUSOY, E. The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women. **Urologia Internationalis**, v. 72, n. 1, p. 52-57, 2004.
- CHEN, C. Y., WANG, K. G. Are routine interventions necessary in normal birth? **Taiwan J Obstet Gynecol.** v. 45, n. 4, p. 302-6, 2006.
- CICONELLI R. M. Medidas de Avaliação de Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 43, p. IX-XII, 2003.
- CITELI, M. T. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002):** revisão crítica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. 160 p.
- COOPER, J.E.; BLEDIN, K.D.; BRICE, B.; MACKENZIE, S. Effects of female sterilization: one year follow-up in a prospective controlled study of psychological and psychiatric outcome. **J Psychosom Res**, v. 29, n. 1, p. 12-22, 1985.
- COOPER, P.; GATH, D.; ROSE, N.; FIELDSEND, R. Psychological sequelae to elective sterilization: A prospective study. **British Medical Journal**, London, v. 284, p. 461-4, 1982.
- CORRÊA, M. V. **A Tecnologia a Serviço de um Sonho: Um Estudo sobre a Reprodução Assistida**. 1997. 290 f. Tese (Doutorado) - IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1997
- CORRÊA, S. PAISM: uma história sem fim. **Rev. Bras. Estudos Pop. Campinas**, v. 10, n. 1/2, 1993.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal, 1979. 282 p.
- COSTELLO, C.; HILLIS, S. D.; MARCHBANKS, P. A.; JAMIESON, D. J.; PETERSON, H. B. The Effect of Interval Tubal Sterilization on Sexual Interest and Pleasure. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 100, p. 511-517, 2002.

- CRESPO, G. S.; BARRAGAN, V. M.; GOMEZ, F. J. Análisis de las relaciones de pareja en la mujer sometida a esterilización tubárica. **Iberpsicología**, Madrid, v. 2, n. 3, 1997.
- CURTIS, K. M.T; MOHLLAJEE, A. P.; PETERSON, H. B. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. **Contraception**, v. 73, p. 205–210, 2006.
- DAKER-WHITE, G. Reliable and Valid Self-Report Outcome measures in Sexual (Dys)function: A Systematic Review. **Archives of Sexual Behaviour**, v. 31, p. 197-209, 2002.
- DAVIS, A.; CASTARO, P. Oral Contraceptives and Libido in Women. **Annu Rev Sex Res**, v. 15, n. 1, p. 297-320, 2004.
- DIAS, R.; NAHÁS, E. A. P.; ROGENSKI, O. M.; DE LUCA, L. A.; VISCOMI, F. A; LOPES, R. G. C. Síndrome pós-laqueadura: repercussões clínicas e psíquicas da pós-laqueadura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 20, n. 4, p.199-205, maio 1998.
- DIAZ, M.; DIAZ, J. Qualidade da Atenção em saúde sexual e reprodutiva no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J.(orgs.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo, HUCITEC/Population concil, 1999. p. 209-230.
- ELNASHAR, A. M.; EL-DIEN IBRAHIM, M.; EL-DESOKY, M. M.; ALI, O.M.; EL-SAYD MOHAMED HASSAN, M. Female sexual dysfunction in Loweu. **BJOG**, v. 114, n. 2, p. 201-6, 2007.
- FALCÃO, D. M.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. **The Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 30, p. 379-85, 2003.
- FALCKE, D.; DIEBI, J. A.; WAGNER, A. Satisfação conjugal na atualidade. IN Wagner, A. (Org.): **A família em cena: tramas, dramas e transformações**. Petrópolis, RJ; Vozes, 2002. p. 172 - 188
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- GIAMI, A. De Kinsey à AIDS: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: LOYOLA, M. A. (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 246 p.
- GONÇALVES, G. H. T. **Laqueadura ou vasectomia: aspectos a considerar antes e após a opção**. 2003. 146 f. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas (SP). 2003.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**; v. 46, p. 1417-1432, 1993
- GUNGOR, S.; BASER, I.; CEYHANL, S.; KARASABIN, E.; ACIKEL, C. H. Mode of delivery and subsequent long—term sexual function of primiparous women. **International Journal of Impotence Research**, v. 19, p. 358-365, feb. 2007.

HARDY, E. E.; DE MORAES, T. M.; FAÚNDES, A.; VERA, S.; PINOTTI, J. A. Adequação do uso da pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 96-102, 1991.

HARDY, E.; BAHAMONDES, L.; OSIS, M. J.; COSTA, R. G.; FAÚNDES, A. Risk Factors for Tubal Sterilization Regret, Detectable Before Surgery. **Contraception**, Los Altos, v. 54, p. 159-162, 1996.

HARTMANN, K.; VISWANATHAN, M.; PALMIERI, R.; GARTLEHNER, G.; THORP JR., J.; LOHI, K.N. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. **JAMA**, v. 293, n. 17, p. 2141-8, 2005.

HAWKES, G. **A sociology of sex and sexuality**. Buckingham: Open university Press, 1996. 164 p.

HERMANN, V.; SOUZA, G. A. Síndrome pós-laqueadura. **Femina**, v. 13, n. 9, p. 845-9, set. 1985.

HICKS, T.L.; GOODALI, S.F.; QUATTRONE, E.M; LYDON-ROCHEILE, M. T. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. **J Midwifery Women's Health**, v. 49, n. 5, p. 430-6, 2004.

HILLIS, S. D., MARCHBANKS, P. A.; TYLOR, L. R.; PETERSON, H. B. Poststerilization Regret. **Obstetrics & Gynecology**, v. 93, n. 6, jun. 1999.

HISASUE, S.; KUMAMOTO, Y.; SATO, Y.; MASUMORI, N.; HORITA, H.; KATO, Y.; KOBAYASHI, K.; HASHIMOTO, K.; YAMASHITA, N.; ITOH, N. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a japanese female cohort study. **Urology**, v. 65, n. 1, p. 143-8, 2005

JAMIESON, D. J., KAUFMAN, S. C., COSTELLO, C., HILLIS, S. D., MARCHBANKS, P. A., PETERSON, H. B. A Comparison of Women's Regret After Vasectomy Versus Tubal Sterilization Regret After Sterilization. **Obstetrics & Gynecology**, v. 99, n. 6, 2002.

JONES, L. R. A. The use of validated questionnaires to assess female sexual dysfunction. **World J Urol**, v. 20, p. 89-92, 2002.

JORGE, M. R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, p. 233-9, 1998.

KADRI, N.; MCHICHI ALAMI, K. H.; MCHAKRA TAHIRI, S. Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. **Arch Women's Ment Health**, v. 5, n. 2, p. 59-63, 2002.

KAPLAN, H. S. **Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy**. New York: Brunner/Hazel, 1979. 237 p..

KHORANA, A. B.; VYAS, A. A. Psychological complications in women undergoing voluntary sterilization by salpingectomy. **British Journal of Psychiatry**, v. 127, p. 67-70. 1975.

KJER J. J. Sexual adjustment to tubal sterilization. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 35, p. 211-4, 1990.

KLEIN, M.C.; GAUTHIER, R.I.; ROBBINS, J.M.; KACZOIOWSKI, J.; JORGENSEN, S.E.; FRANCO, E.D. et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. **Am J Obstet Gynecol**, v. 171, n. 3, p. 591-8, 1994:

KLEIN, M.C.; KACZOROWSKI, J.; FIROZ, L.; HUBINETTE, M.; JORGENSEN, S.; GAUTHIER, R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 27, n. 4, p.332-9. 2005.

KUILE, M.M.T.; BRAUER, M.; LAAN, E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometric Properties within a Dutch Population. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 32, p.289-304, 2006.

LATTHE, P.; MIGNINI, L., GRAY, R., HILLS, R., KHALID, K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. **British Medical Journal**, v. 332, p. 749-755, fev. 2006.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA**, Chicago, v. 281, p. 537-544, 1999.

LEVINE, S. B.; YOST JR, M. A. Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: An epidemiological approach. **Journal Archives of Sexual Behavior**, v. 5, n. 3, p. 229-238, 1976

LEWIS R.W.; FUGL-MEYER K.S.; BOSCH, R.; FUGL-MEYER, A.R.; LAUMANN, E.O.; LIZZA, E.; MARTIN-MORALES, A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, Malden, v. 1, p. 35-39, 2004a.

LEWIS, R. W. , FUGL-MEYER, K. S., BOSCH, R., FUGL-MEYER, A. R., LAUMANN, E. O., LIZZA, E., MARTIN-MORALES, A. Definitions, classification and epidemiology of sexual dysfunction. In LUE T.F.; BASSON, R. ROSEN, R. GIULIANO, F.; KHOURY, S. MONTORSI, F. **Sexual Medicine**. 2004b. disponível em <<http://www.issm.info/>>. Acessado em 15 de junho de 2005.

LI R. H.; LO S. S.; THE, D. K.; TONG, N. C.; TSUI, M. H.; CHEUNG, K. B.; CHUNG, T. K. Impact of common contraceptive methods on quality of life and sexual function in Hong Kong Chinese women. **Contraception**, Los Altos, v. 70, p. 474-82, 2004.

LIGHTNER, D. J. Female sexual dysfunction. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 77, p. 698-702, julho 2002.

LIMA A. A , LUZ A. M. Significado da laqueadura tubária para moradoras de vilas populares de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, p. 203-7, 2004.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 875-899, jul-ago, 2003

LUO, L.; SHI-ZHONG, W.; CHANGMIN, Z.; QIFU, T. F.; KEQIANG, L., GOLIAN, S. Psychological Long-Term Effects of Sterilization on Anxiety and Depression. **Contraception**, v. 54, p. 345-357, 1996.

MACHADO, K. M. M.; LUDERMIR, A. B.; COSTA, A. M. Mudanças na estrutura familiar e arrependimento da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1768-1777, nov-dez, 2005.

MARCOLINO, C. **Trajetória da Mulher em Direção à Esterilização Cirúrgica Feminina: Um Estudo Fenomenológico**. 1994. 114 p. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1994.

MARCOLINO, C.; SCHOR, N. Trajetória da mulher em direção à esterilização cirúrgica feminina: um estudo fenomenológico. **CDH**, v. 5, n. 1/2, p. 82-95, 1995.

MARTINE, G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. **Population and Development Review**, v. 22, n. 1, p. 47-75, 1996.

MARTIN-LOECHES, M.; ORTI, R. M.; MONFORT, M.; ORTEGA, E.; RIUS, J. A comparative analysis of the modification of sexual desire of users of oral hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 8, p. 129-134, 2003.

MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E. **Human Sexual Inadequacy**. Boston: Little Brown, 1970. p. 237.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saude Pública**, v. 19, n. 5, p. 1257-66, 2003.

MERINO, V.; JIMÉNEZ, F.; SÁNCHEZ G. Análisis de la Respuesta Sexual en la mujer Sometida a Esterilización Tubárica. **Revista PSIQUIS**, Madrid, v. 18, n. 7, jul-ago 1997.

MERRICK, T.; BERQUÓ, E. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington: National Academy Press, 1983. 193 p.

MESTON, C. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. **Journal of Sex & Marital Therapy**, New York, v. 29, p. 39-46, 2003.

MINELLA, L. S. Aspectos positivos e negativos da esterilização tubária do ponto de vista de mulheres esterilizadas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 Supl, p. 69-79, 1998.

MOREIRA JUNIOR, E. D.; GLASSER, D.; SANTOS, D. B.; GINGELL, C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **São Paulo Med. J.**, v. 123, n. 5, p. 234-41, 2005.

MOYNIHAN, R. The making of a disease: female sexual dysfunction. **British Medical Journal**, v. 326, p. 45-47, 2003.

ODDENS, B.J. Women's Satisfaction With Birth Control: A Population Survey of Physical and Psychological Effects of Oral Contraceptives, Intrauterine Devices, Condoms, Natural Family Planning, and Sterilization Among 1466 Women. **Contraception**, v. 59, p.277-286, 1999.

OLINTO M. T. A.; GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 1999.

OLIVEIRA, L.A.P.; SIMÕES, C.C. da S. As informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção nas PNADs. In: Sawyer, D. O. (org.) **PNADS em foco: anos 80**. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais: 1988. p. 183-225..

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 14, v. Supl. 1, p.25-32, 1998

OSIS, M. J. M. D.. **Laqueadura e Representações acerca da Sexualidade e do Papel Reprodutivo**. 2001. 157 p. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

OSIS, M. J. M. D.; FAÚNDES, A.; SOUSA, M. H.; BAILEY, P. Consequências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da laqueadura tubária **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.521-532, jul-set, 1999

PASQUALOTTO, E.B.; PASQUALOTTO, F.F; SOBREIRO, B.P.; LUCON, A.M. Female sexual Dysfunction: the important points to remember. **Clinics**, v. 60, p. 51-60, 2005.

PERPÉTUO, I. H. O., AGUIRRE, M. A. C. O papel da esterilização feminina nos diferenciais socioeconômicos do declínio da fecundidade no Brasil. In: **Anais XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**. Caxambu, 1998.

PETTA, C.A.; DANTAS, C.; HIDALGO, M. M.; BAHAMONDES, L. Solicitações de reversão de laqueadura em um serviço de Esterilidade: o problema continua. **Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 214-7, 2000.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. A mulher e a esterilização: a trajetória rumo à laqueadura tubária. In: **Anais XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**. Caxambu, 1998.

POTTER, J. E., CAETANO, A. J. Clientelismo e Esterilização No Nordeste Brasileiro 1986-1995. **Anais XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP 1998**. Caxambu, 1998.

QUIRK, F.H.; HEIMAN, J.; ROSEN, R.; LAANE, E.; SMITH, M.; BOOLELL, M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. **Journal of Women's Health Gender Based Medicine**, v. 11, p. 331-333, 2002.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica do instrumento *Abuse Assessment Screen*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 610-6, 2000.

RELLINI, A.; MESTON, C. The sensitivity of event logs, self-administered questionnaires and photoplethysmography to detect treatment-induced changes in female sexual arousal disorder (FSAD) diagnosis. **Journal of Sexual Medicine**, v. 3, p. 283–291, 2006.

RESENDE, J. **Obstetrícia**. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara. Koogan; 1998. 1514 p.

RICHARDS JM JR, KOHLER CL, RYAN WG, JACKSON JR, GOLDENBERG RL. Contraceptive female sterilization in Alabama: A replication of the WHO study. **Contraception**, v. 43, p.325-33, 1991.

ROCHA, M.I.B.; ANDALAF NETO, J. A. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 257-318.

RODRIGUES JR., O.M. Inventários de sexualidade – uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. **Terapia Sexual**, São Paulo, v. 1, p. 77-84, 1999.

ROSEN, R. C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. **Fertility and Sterility**, New York, v. 77, p. S89-93, 2002.

ROSEN, R. C.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C. M.; 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**, New York, v. 26, p. 191-208, 2000.

ROSEN, R.C. Female sexual dysfunction: industry creation or under-recognized problem? **British Journal of Urology International**, London, v. 92, n. 1, 2003

RUBENSTEIN, L.M.; BENJAMIN, L.; KLEINKOPF, V. Menstrual patterns and women's attitudes following sterilization by Falope rings. **Fertility and Sterility**, v. 31, p. 641-6, 1979.

SAFARINEJ, A.D. M. R. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran prevalence and associated risk factors. **International Journal of Impotence Research**. v. 18, n. 5, p. 382—395, 2006.

SALONIA, A., BRIGANTI, A., DEHO, F., ZANNI, G., RIGATTI, P. MONTORSI, F. Women's sexual dysfunction: a review of the "surgical landscape". **Eur Urol**, v. 50, n. 1, p. 44-52, 2006.

SÁNCHEZ, G.; MERINO, V.; JIMÉNEZ, F. Esterilización Tubárica y Respuesta Sexual. **Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace**, Madrid, v. 42, p. 62-72, 1997.

SARAIVA, J.; CARVALHO, V.; ALMEIDA, C. The quality of life after tubal ligation. **Acta Med Port**, Lisboa v. 8, p. 347-53, 1995.

SCHAFFIR, J. Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 32, p. 305–314, 2006.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T.; SIQUEIRA, A. A. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de

métodos Anticoncepcionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.377-384, abr-jun, 2000.

SCHULTHEISS, D. Historical highlights of erectile and sexual dysfunction: an illustrated chronology. In LUE T.F.; BASSON, R. ROSEN, R. GIULIANO, F.; KHOURY, S. MONTORSI, F. **Sexual Medicine**. 2004. disponível em <<http://www.issm.info/>>

SERRUYA, S. Ligação de trompas e imaginário feminino. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, Campinas, v. 10, n. 1/2, 1993.

SHAIN, R. N. MILLER, W. B.; HOLDEN, A. E; ROSENTHAL, M. Impact of tubal sterilization and vasectomy on female marital sexuality: Results of a controlled longitudinal study. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 164, p. 763-71, 1991.

SIDI, H.; PUTEH, S.E.W.; ABDULLAH, N.; MIDIN, M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 2, p. 311-321, 2007.

SIGNORELLO, L.B.; HARLOW, B.L.; CHEKOS, A.K.; REPKE, J.T. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. **Am J Obstet Gynecol**. v. 84, n. 5, p. 881-8, 2001.

SILVA, M.C.A. A história da terapia sexual. In RODRIGUES JR., O. M. **Aprimorando a saúde sexual**. Ed. Summus. São Paulo (SP). 2001. p. 19-73.

SMITH, E. M.; FRIEDRICH, E.; PRIBOR E. F. Psychosocial Consequences of Sterilization: A Review of the Literature and Preliminary Findings. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 35, p. 157-163, 1994.

TANAKA, A. C. A.; ALVARENGA, A. T. Tecnologias e medicalização na concepção e anticoncepção. In L. Galvão; J. Díaz (Orgs.), **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 198-208.

TANG, C. S.; CHUNG, T. K. Psychosexual adjustment following sterilization: a prospective study on Chinese women. **Psychosomatic Research**, London, v. 42, p. 187-96, 1997.

TAYLOR, J.E; ROSEN, R.C.; LEIBLUM, S.R. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W). **Archives of Sexual Behaviour**, v. 23, p. 627-43, 1994.

TEIXEIRA, E. T. N. **Adiamento da maternidade**: do sonho à maternagem. 1999. 77 f. Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

TIEFER, L. Sexology and the pharmaceutical industry: the threat of co-optation. **J Sex Res**, v. 37, p.273-83, 2000.

_____. Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. **PLoS Med**, v. 3, n. 4, p. e178, 2006.

VENTEGODT, S. Sex and the quality of life in Denmark. **Archives of Sexual Behavior**, v. 27, p. 295-307, 1998.

VERIT F.; VERIT A.; YENI E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 274, n. 5, 2006.

VIEIRA, E. M. **Regret after female sterilization among low-income women in São Paulo, Brazil**. 1994. 348 f. Tese (Doutorado). University of Exeter, United Kingdom. 1994.

_____. A esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.28, p. 6-10, dez. 1994b.

_____. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. Supl. 1, p. 59-68, 1998.

_____. Women's attitudes towards abortion and contraceptive methods. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p.739-747, 1999a.

_____. O arrependimento após a esterilização feminina: é possível prevenir? **Reprodução e Climatério**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 178-184, 1999b.

_____. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 84 p.

_____. **Avaliação da Oferta E Satisfação Com Os Métodos Cirúrgicos de Planejamento Familiar Após A Implantação da Lei 9263 No Município de Ribeirão Preto (SP)**. Ribeirão Preto: FMRP-USP, 2005. (Projeto de pesquisa).

VIEIRA, E. M.; BADIANI, R.; DAL FABBRO, A. L.; RODRIGUES JUNIOR, A. L. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 263-70, 2001.

VILELA, W. V. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo que se fala. In: S Galvão, L.; Díaz, J. (Orgs) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo. Hucitec; Population Concil. 1999. 389 p.

VILLELA, W. V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, ELZA (Org.). **Sexo & Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp. 2003. p 95 - 150.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 452-459, 1996.

VITIELLO, N. Anticoncepção e sexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana** v.6, n. 2, 1995.

WEST, S. L.; VINIKOOR, L. C.; ZOLNOUN, D. A Systematic Review of the Literature on Female Sexual Dysfunction Prevalence and Predictors. **Annu Rev Sex Res**, v. 15, p. 40-172, 2004.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. **Journal of Sex & Marital Therapy**, New York, v. 31, p. 1-20, 2005.

WILCOX, L. S.; MARTINEZ-SCHNELL, B.; PETERSON, H. B.; WARE, J. H.; HUGHES, J. M. Menstrual function after tubal sterilization. **American Journal of Epidemiology**, v. 135, p.1368-1381, 1992.

ZIPPE C, NANDIPATI K, AGARWAI A, RAINA R, Sexual dysfunction after pelvic surgery. **Int J Impot Res**, v.18, n. 1, p. 1-18, 2006.

ZONDERVAN. K T. Prevalence and incidence of pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.106, n. 11, p. 1149-1155, nov. 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA ESTERILIZADORA

Entrevistadora:

Nome:

Endereço:

Telefone: _____

PARTE I: DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1) ID:

2) situação:

☐ 1. LAQUEADURA

☐ 2. VASECTOMIA

3. Data de nascimento:

____/____/____
dia / mês / ano

4. Idade (ANOS COMPLETOS): _____

5. Estado marital :

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. Casado
2. Mora junto
3. Solteiro
4. Separado/divorciado
5. Viúvo

6. Qual é a sua cor?

(LER AS ALTERNATIVAS)

1. Branca
2. Parda
3. Preta
4. Oriental
5. Indígena

7a. Escolaridade :

(ATÉ QUE ANO DA ESCOLA VOCÊ

Analfabeto (1).....0

Primário incompleto (2).....0

Primário completo (3).....1

ESTUDOU? Assinalar com "x" no número entre parênteses)

Ginásio incompleto (4).....1
 Ginásio completo (5).....2
 Colegial incompleto (6).....2
 Colegial completo (7).....3
 Superior incompleto (8).....3
 Superior completo (9).....5

7b. Anos completos de escolaridade:
 (Usar 02 dígitos): _____

8a. Quem é o chefe da família (Se for ela pular para Q.9)

Analfabeto (1).....0
 Primário incompleto (2).....0
 Primário completo (3).....1
 Ginásio incompleto (4).....1
 Ginásio completo (5).....2
 Colegial incompleto (6).....2
 Colegial completo (7).....3
 Superior incompleto (8).....3
 Superior completo (9).....5
 NSA (0)

8b. Até que ano o chefe da família estudou?

9a. Você possui em sua casa? Quantos?

Itens de Conforto:	Não tem:	Tem:			
(MARCAR COM "X" A QUANTIDADE DE CADA ÍTEM)	0	1	2	3	4+
a. TV cores	0	2	3	4	5
b. rádios	0	1	2	3	4
c. banheiro	0	2	3	4	4
d. automóvel	0	2	4	5	5
e. empregada mensalista fixa	0	2	4	4	4
f. aspirador de pó	0	2	4	4	4
g. máquina de lavar roupas	0	1	1	1	1
h. video-cassete	0	2	2	2	2
i. geladeira	0	2	2	2	2
j. freezer duplex ou separado	0	1	1	1	1

9b.CCEB Total de Pontos _____

10. Religião

- 1.Católica ()
2.Evangélica ()
3.Espírita ()
4.Protestante ()
5.Outra (): _____

11. Nº. de membros na família:

12. Nº. de filhos vivos:

13a. Renda Familiar:

R\$ _____

(SERÁ PREENCHIDO PELOS PESQUISADORES)

13b. RFPC:

R\$ _____

14. Casa: 1) própria () 2) alugada () 3) cedida () () outros _____

PARTE II: SOBRE A ESTERILIZAÇÃO

15. Idade na esterilização (em anos completos): _____

16. Qual MAC usado 6 meses antes da cirurgia ?

SE TIVER USADO MAIS DE UM MAC INCLUIR A ORDEM CRONOLÓGICA PELA NUMERAÇÃO (no máximo 2).

Para mulheres: perguntar sobre a primeira gestação. Para homens, perguntar sobre o primeiro filho.
IDADE – Perguntar a idade que tinha quando a gravidez terminou (parto ou aborto)
MAC – Perguntar sobre o MAC que usava antes da gravidez

CÓD

DESCRIÇÃO

1. - Pílula ()
2. - Injeção ()
3. -
4. - Preservativo ()
5. - Tabela ()
6. - DIU ()
7. -
8. - Espermicida ()
9. -
Coito interrompido ()
Nenhum ()
Outro (citar) : () _____

17. História reprodutiva – USAR CODIFICAÇÃO DO BOX ABAIXO

Idade da mãe/pai	Gravidez-nome	Resultado	Data	Sexo	Tipo de Parto	Vivo	Idade ao morrer	MAC

Resultado: Nascido Vivo = 1; Nascido Morto = 2; Aborto Espontâneo = 3; Aborto Provocado = 4 Data: Não Sabe = 00/00/00 Sexo: Masculino = 1; Feminino = 2; Não se Aplica = 9 Tipo de Parto: Normal = 1; Cesárea = 2; Fórceps = 3; Não se Aplica = 9	Vivo: Sim = 1; Não = 2 Idade ao Morrer: <1 ano = 00; 1 a 9 anos = 01, 02, 03,... (02 DÍGITOS) Não se Aplica = 99 MAC: Pílula = 1; Injeção = 2; Preservativo = 3; Tabela = 4; DIU = 5; Espermicida = 6; Coito interrompido = 7; Nenhum = 8
--	--

18. Porque quis fazer a operação? (ACEITAR ATÉ 02 EXPLICAÇÕES PARA A PERGUNTA. ASSINALAR COM NÚMERO POR ORDEM DE APARECIMENTO NO DISCURSO.)	1. Tinha tido os filhos que queria () 2. Não se adaptava a métodos () 3. A esterilização é o melhor método () 4. Não conhecia outros métodos () 5. Recomendação médica () 6. Muitos filhos () 7. Motivos econômicos () 8. Falha do método que estava usando () 9. Efeito colateral do método que estava usando () 10.Outro(especificar): _____
--	--

19. Data da entrada no programa ____/____/____	19a. Características do relacionamento conjugal	19b. Número de Sessões	19c. Tempo de Espera para a Cirurgia (dias)
---	---	------------------------	---

20a. Data da entrevista:	20. Data da realização da cirurgia	20b. Tempo de cirurgia (meses)
--------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Q19 -DADOS DE PRONTU-ÁRIOS. ANOTAR

(SE NÃO, PULAR PARA A QUESTÃO 29)

27. Se sim, qual método adotado? (PODE ANOTAR ATÉ 02 RESPOSTAS. USAR ORDEM CRONOLÓGICA)	1. Pílula () 2. Injeção () 3. Preservativo () 4. Tabela () 5. DIU () 6. Espermicida () 7. Coito interrompido () 8. Outro (citar):
28. Qual o motivo da escolha de outro método?	1. proteção contra doenças () 2. desconfiança em relação ao método () 3. medo de gravidez () 4. orientação médica () 5. outros (): _____
29. Em relação à operação você diria: (LEIA A AFIRMAÇÃO E PERGUNTE SE É VERDADEIRA OU FALSA)	
a) Pode ocorrer gravidez, mas seria muito difícil, ocorre com poucas pessoas.	V () F ()
b) A mulher ou o homem que fez a operação pode facilmente ter mais filhos.	V () F ()
c) A operação para poder ter filhos de novo existe, mas é muito difícil de dar certo.	V () F ()
d) Depois da operação a mulher fica fria.	V () F ()
e) Depois da operação o homem fica impotente.	V () F ()

PARTE III: SOBRE A CIRURGIA

SOMENTE PARA AS MULHERES	30. Você considera a cicatriz da cirurgia (LER AS ALTERNATIVAS)	1. satisfatória () 2. insatisfatória ()
	30a) Se insatisfatória, o que a incomoda: (LER AS ALTERNATIVAS)	1. Dor () 2. Estética () 3. Outro () _____
	31. Você considera a dor pós-operatória: (LER AS ALTERNATIVAS)	1. pequena () 2. moderada () 3. grande ()
	32. Você considera a recuperação pós-operatória: (LER AS ALTERNATIVAS)	1. fácil () 2. difícil () 3. muito difícil ()

32a Por que ?

33. Alterações clínicas orgânicas no pós-operatório:

A) Em relação ao peso você:

1. Manteve ()

2. Aumentou ()

3. Diminuiu ()

Antes da cirurgia	Atualmente
<div>A1) Qual seu peso : (PRESTE ATENÇÃO EM ANTES E DEPOIS)</div> <div>kg</div>	<div>kg</div>

Em relação aos ciclos menstruais: (SOMENTE PARA MULHERES)	Antes da cirurgia	Atualmente
B). Quanto ao intervalo entre uma menstruação e outra.	Nº.dias	Nº. dias
B1). Quanto à duração do sangramento.	Nº.dias	Nº.dias
B2). Quanto à quantidade de sangue durante a menstruação (fluxo).	☐ 1 pouco ☐ 2 moderado ☐ 3. muito	☐ 1 pouco ☐ 2 moderado ☐ 3. muito
B3) Quanto à cólica menstrual, você:	☐ 1. nunca teve ☐ 2. tinha e ficou igual ☐ 3. tinha e melhorou ☐ 4. tinha e piorou ☐ 5. não tinha e passou a ter	
B4) Você tem outro problema em relação à menstruação?	Antes da cirurgia	Atualmente
C) Após a cirurgia você apresentou <i>dor em baixo ventre</i> ?		
(REFERE-SE À DOR CRÔNICA, NÃO À DOR DO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO - PARA HOMENS PERGUNTAR SE APRESENTOU DOR NO LOCAL DA CIRURGIA "SACO ESCROTAL")	☐ 1. sim ☐ 2. não	
C1). Se sim, qual a frequência? (QUANTAS VEZES NO MÊS. SE DIÁRIA, COLOCAR 30 X / MÊS)		
C2). Intensidade da dor	☐ pequena ☐ moderada ☐ grande	
C3). Você usa analgésicos para essa dor (remédio para dor)?	☐ 1. sim ☐ 2.não	

34. Você acha que depois da cirurgia seu relacionamento conjugal:	☐ melhorou ☐ piorou ☐ não mudou
35. Você recomendaria a cirurgia para outra pessoa?	☐ 1. sim ☐ 2. não
36. Hoje por sua opção, você faria novamente a cirurgia?	☐ 1. sim ☐ 2. não
37. Você está satisfeito com a cirurgia?	☐ 1. sim ☐ 2. não
38a). Por quê ?	

PARTE IV: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

(LER AS ALTERNATIVAS)

39. Você considera que o Tempo de internação foi:

- ☐ 1. pequeno
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. grande

40. Você considera que o Tempo de cirurgia foi:

- ☐ 1. pequeno
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. grande

41. Você considera que a orientação que recebeu no hospital foi:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. bom
- ☐ 4. ótimo

42. Você considera o atendimento hospitalar na cirurgia:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. bom
- ☐ 4. ótimo

43. Você considera as acomodações hospitalares:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderado
- ☐ 3. bom
- ☐ 4. ótimo

44. Você considera a assistência médica hospitalar:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderada
- ☐ 3. boa
- ☐ 4. ótima

45. Você considera a assistência da enfermagem:

(SE RUIM OU MODERADO, ANOTAR O PORQUÊ)

- ☐ 1. ruim
- ☐ 2. moderada
- ☐ 3. boa
- ☐ 4. ótima

PARTE V – FUNÇÃO SEXUAL

DESEJO

Desejo Sexual ou Interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa **sexual** de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.

1- Nas últimas 4 semanas **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu **grau** de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

TENHA EM MENTE:

Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual.

Ato Sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

EXCITAÇÃO SEXUAL

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares. **CUIDADO COM A PALAVRA “TESÃO” QUE PODE SIGNIFICAR TANTO EXCITAÇÃO COMO PRAZER SEXUAL**

3- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau** de excitação sexual durante a atividade ou a relação sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de **segurança** para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Segurança muito alta
- ☐ Segurança alta
- ☐ Segurança moderada
- ☐ Segurança baixa
- ☐ Segurança muito baixa ou Sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

LUBRIFICAÇÃO

Lubrificação vaginal é a sensação de umidade vaginal decorrente do estímulo sexual. Pode ter como sinônimos vagina molhada, “tesão vaginal” entre outros.

7- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua **difículdade** em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina “molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você **manteve** a lubrificação vaginal (ficou com a vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua **dificuldade** em manter a lubrificação vaginal (vagina “molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

ORGASMO

Orgasmo é uma sensação de prazer intenso que é precedido por uma excitação grande e sucedido por um relaxamento muscular

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, **com que frequência** você atingiu o orgasmo?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua **dificuldade** em você atingir o orgasmo “(clímax)”?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, quão **satisfeita** você ficou com sua capacidade de atingir o orgasmo durante atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

RELACIONAMENTO SEXUAL

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve **satisfeita** com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto **satisfeita** você esteve com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto **satisfeita** você esteve com sua vida sexual de um modo geral?

- ☐ Muito Satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

DOR

Dor é uma sensação subjetiva. Dor na relação sexual pode ocorrer por vários motivos e em várias localizações como dor na vulva, vagina abdome inferior, ânus, cabeça, etc. Não se preocupe em localizar a dor, somente se a entrevistada sente "dor"

17- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor **durante** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor **após** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau** de desconforto ou dor **durante ou após** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

APÊNDICE B - Manual da entrevistadora - Função Sexual

Parte V - Função Sexual

Por ser tema muito íntimo e carregado de tabus, procure falar sobre o tema com naturalidade pois dessa forma a entrevistada, que já está mais à vontade com sua presença, também falará mais naturalmente sobre o assunto.

Sempre evite gírias ou palavras que possam soar ofensivas, mas à medida da necessidade procure explicar os termos com as palavras da entrevistada.

Desejo Sexual ou Interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo. Diz respeito à “vontade de ter atividade sexual, vontade de ter sexo ou vontade de procurar o parceiro ou a auto-estimulação (masturbação)”.

Algumas vezes pode ser chamado vulgarmente de TESÃO, mas essa palavra pode também significar orgasmo ou mesmo excitação. Evite essa palavra. Se a entrevistada a disser, procure definir melhor o que ela quer dizer

SEMPRE LEIA AS ALTERNATIVAS DAS RESPOSTAS

1. Pergunta sobre a quantidade de desejo sexual, ou melhor: “quantas vezes ela sentiu vontade de ter alguma atividade sexual”
2. Pergunta sobre a “intensidade do desejo”. Desejo forte (muito alto) quer dizer vontade grande de ter atividade sexual e vice versa.

TENHA EM MENTE:

Ato Sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina. Estamos falando de sexo VAGINAL. Outras formas de penetração não entram na análise. Explique à entrevistada que quando você fala “ato sexual” você quer dizer penetração VAGINAL.

Atividade sexual é mais ampla que o ato sexual e inclui todo o jogo amoroso anterior à penetração. Pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e o ato sexual (penetração).

Carícias preliminares são as formas de contato entre os corpos que ocorrem geralmente antes da penetração e podem incluir a masturbação mútua, sexo oral, massagens, etc.

Outra forma de dizer masturbação é dizer “fazer com a mão” ou “ter prazer tocando com a mão nos genitais”. O nome vulgar é “punheta” ou “siririca”.

Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos). Atenção: fantasias sexuais são pensamentos sobre sexo e não vestimentas, algumas mulheres podem fazer essa confusão.

Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares.

Durante a resposta sexual feminina ocorrem aumento da frequência cardíaca, aumento da respiração, da circulação de sangue para os genitais, pode ocorrer uma sensação de calor e vermelhidão no corpo, aumento dos seios entre outras sensações. Porém o mais perceptível para algumas mulheres é a lubrificação vaginal, mas lubrificação somente não é excitação sexual.

Se a entrevistada questionar diga que é a sensação que se tem no corpo quando se começa uma atividade sexual, que é **aquela fase** em que a mulher fica com a vagina molhada.

No entanto nem toda mulher apresenta excitação durante a atividade sexual.

Lubrificação vaginal é a sensação de umidade vaginal decorrente do estímulo sexual. Pode ter como sinônimos vagina molhada, “tesão vaginal” entre outros.

É decorrente do aumento da quantidade de sangue que circula na pélvis e **vagina**.

Orgasmo é uma sensação de prazer intenso que é precedido por uma excitação grande e sucedido por um relaxamento muscular. É difícil de se explicar. É uma sensação individual e distinta de mulher para mulher, assim como nem todas as pessoas vêem as cores exatamente da mesma forma, sentem o orgasmo de maneiras diversas. Porém, a maior parte das mulheres que tiveram orgasmo sabe o que é. Caso seja necessário explicar, diga que é uma sensação de prazer e relaxamento muscular que vem depois de uma sensação de excitação grande.

CUIDADO COM A PALAVRA “TESÃO” QUE PODE SIGNIFICAR TANTO DESEJO COMO EXCITAÇÃO E PRAZER SEXUAL

Quando a entrevistada disser que não teve atividade sexual nas últimas 4 semanas, anote na resposta mas não pule nenhuma questão!

3. Pergunta se a mulher tem ficado excitada **durante** a atividade sexual. O que se quer saber é se ela se sente excitada quando vai fazer sexo ou não.
4. Pergunta da intensidade da excitação
5. **Atenção.** Esta pergunta pode ser de difícil compreensão. O que se quer saber é se ela se sente segura para ficar excitada, ou seja, se ela tem medo que o corpo não responda aos estímulos sexuais e ela não se excite. Quanto maior a facilidade em ficar excitada, maior a segurança dela em ficar excitada durante a atividade sexual.
6. Pergunta quantas vezes ela ficou satisfeita com a sua excitação, ou seja, quantas vezes ela ficou satisfeita com a resposta de seu corpo ao estímulo sexual. **Atenção.** Não se pergunta se ela ficou ou não ficou satisfeita, mas quantas vezes ela ficou satisfeita com sua excitação.
7. Agora a pergunta é sobre a lubrificação especificamente. Pergunta quantas vezes **teve** lubrificação vaginal durante a atividade sexual
8. Pergunta o grau de **difículdade** para **ficar** lubrificada, **ter** a lubrificação. Tem mulheres que ficam lubrificadas muito rápido, tem outras que demoram mais e há mulheres que têm muita dificuldade em obter lubrificação vaginal.

9. Pergunta a quantidade de vezes que a mulher manteve a lubrificação **até o final da atividade sexual**. Tem mulheres que, apesar de apresentarem lubrificação vaginal, têm dificuldade em mantê-la até o final da atividade sexual.
10. Pergunta o grau de **dificuldade** para **manter** a lubrificação
11. Quantas vezes ela teve orgasmo **quanto teve estímulo** ou ato sexual. Isso inclui masturbação e outras formas de estímulo sexual. Não se pergunta se teve orgasmo somente com a penetração vaginal. A menor parte das mulheres tem apenas com a penetração, na maioria das mulheres são necessários outros estímulos, como a masturbação, para que elas cheguem ao orgasmo.
12. Pergunta o grau de **dificuldade** para **atingir o orgasmo**. Tem mulheres que têm orgasmo muito rápido e facilmente, tem outras que demoram mais e há mulheres que têm muita dificuldade em obter orgasmo.
13. Pergunta se ela ficou satisfeita com a sua **capacidade de atingir o orgasmo**.
14. Pergunta se ela está **satisfeita** com a proximidade emocional entre ela e o parceiro, se eles estão se dando bem no dia-a-dia. O sexo serve para aproximar os casais afetivamente e não só para o prazer momentâneo, além disso, a distância emocional entre os parceiros irá influenciar no desejo e na resposta sexual dessa mulher. Se o casal estiver distante, menor a chance de um relacionamento sexual completo e prazeroso.
15. Pergunta se ela está **satisfeita especificamente** com o relacionamento sexual entre ela e o parceiro.
16. Pergunta se ela está satisfeita com a sua **VIDA SEXUAL**.

ANEXOS

ANEXO A - Autorização do autor do instrumento original

----- Original Message -----

From: Raymond Rosen
To: Rodolfo sp
Sent: Wednesday, May 04, 2005 6:12 PM
Subject: RE: Transcultural adaptation of the FSFI for Brazil

Dear Rodolfo,
You have my permission and best wishes for your project.
Please let me know how it comes out!
Warm regards,
Ray Rosen.

Raymond C. Rosen, Ph.D
Professor of Psychiatry and Medicine
Robert Wood Johnson Medical School
671 Hoes Lane
Piscataway, NJ 08854
Phone: 732-235-4485
Fax: 732-235-5818
Email: rosen@umdnj.edu

-----Original Message-----

From: Rodolfo sp [mailto:rodolfopacagnella@uol.com.br]
Sent: Wednesday, May 04, 2005 2:41 PM
To: rosen@umdnj.edu
Subject: Transcultural adaptation of the FSFI for Brazil

Dear,
Prof. Ph.D. Mr. Raymond C. Rosen:
My name is Rodolfo Pacagnella, I am gynecologist and sex therapist in a post-graduation program at Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto of University of São Paulo, Brazil, under orientation of Prof. Dr. PhD. Elisabeth Meloni Vieira. In my research I'm interested in evaluate THE SEXUAL RESPONSE IN WOMEN WHO UNDERGONE TUBAL STERILIZATION. In Brazil we have a large proportion of women with stable relationships who had undergone tubal sterilization as a birth control method (about 40 %), and now, in order to evaluate the consequences of this choice in life quality, we need to evaluate those women's sexual life. For in such a way, we have found your questionnaire, The FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX, as the best instrument to evaluate the sexual function in our research. Thus, we decide to make a transcultural adaptation of your questionnaire to use in brazilian women. So, I am here, first, to ask you for authorization to use the FSFI in portuguese, and second, to ask for some advice in dealing with the questionnaire and the subject I'm tying to deal. Knowing your reputation in this area of knowledge, I am already thankful for any contribution.
Sincerely,
Rodolfo de Carvalho Pacagnella

ANEXO B - Aprovação do conselho de ética, SMS e termo de consentimento.

Universidade de São Paulo
Campus de Ribeirão Preto
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Av. dos Bandeirantes 3900 2º andar
Telefone: (016)602-2433/ 602-25-38 FAX (016)633-1386
14049-900 – RIBEIRÃO PRETO - Est. São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Está sendo realizada uma pesquisa sobre o planejamento familiar do município de Ribeirão Preto, sob a responsabilidade da Dra. Elisabeth Meloni Vieira, professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP.

Esta pesquisa quer saber, entre as pessoas que foram atendidas no Programa de Planejamento Familiar, se foram aconselhadas em relação a esterilização e quem as orientou. Esta pesquisa vai entrevistar algumas pessoas que foram sorteadas entre aquelas que foram atendidas pela Secretaria de Ribeirão Preto. A participação de cada pessoa sorteada será responder a uma curta entrevista que deve ter a duração de no máximo 20 minutos. Nesta entrevista será perguntado sobre informações gerais de sua vida como idade, estado marital, escolaridade, utensílios de sua casa, sobre o número de filhos que teve, os métodos anticoncepcionais que conhece e já usou e os motivos que levaram a decidir ou não sobre a cirurgia.

O nome das pessoas que participarem desta pesquisa jamais será divulgado, nem conhecido por outras pessoas, além da pesquisadora. Todas as informações serão gravadas em computador em código. As mulheres que participarem desta pesquisa não receberão qualquer benefício direto por isto. Os resultados poderão, entretanto beneficiar outras mulheres no futuro, caso seja possível utilizar os dados em programas de orientação e aconselhamento voltados para ajudar pessoas em suas decisões acerca de ter ou não ter filhos em serviços de planejamento familiar. Não haverá nenhum prejuízo ou punição para as pessoas que convidadas decidam não participar do estudo, ou para aquelas que, mesmo depois de terem decidido participar, desistam. Todas as mulheres que aceitarem participar também têm o direito de não responder alguma ou algumas das perguntas, se não desejarem fazê-lo, sem sofrer nenhum prejuízo por isto. Será solicitado às mulheres que aceitarem participar da pesquisa que assinem um Certificado de Consentimento, para documentar a sua decisão.

Certificado de Consentimento

Eu, _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob responsabilidade da médica Dra. Elisabeth Meloni Vieira, conforme esclarecimentos e condições descritas acima. Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2004.

Nome da entrevistada: _____ Assinatura: _____
Nome da entrevistadora: _____ Assinatura: _____

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

OF. 2234/02 - GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 02 de setembro de 2002

Prezada Senhora,

Informamos nossa concordância com a realização do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Oferta e Satisfação com os Métodos Cirúrgicos de Planejamento Familiar após a implantação da Lei 9.263 do Município de Ribeirão Preto". No entanto, necessitamos do parecer do Comitê de Ética dessa Faculdade para que seja efetuado tal projeto.

Solicitamos a especial atenção no sentido de mencionar o local de realização do trabalho (Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto) em toda publicação cuja base de dados tenha sido a pesquisa em foco e que nos seja enviada uma cópia quando estiver concluída.

Valemo-nos do ensejo para apresentar nossos protestos de distinta consideração e elevado apreço.

Cordialmente,

DR. FERNANDO MENDES GARCIA NETO
Secretário Municipal da Saúde - Substituto

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. ELIZABETH MELONI VIEIRA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA-FMRP-USP
Endereço: Rua Teresina, 690-Sumarezinho-Ribeirão Preto-SP
CEP: 14.055-370 – Telefone (016) 633.23.31

OF. N.º 110 /03/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP . 24 DE MARÇO DE 2003.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 17ª reunião ordinária, realizada em 18 de março de 2003, analisou e apreciou o parecer do relator, referente ao **Projeto de Pesquisa: "Avaliação da oferta e satisfação com os métodos cirúrgicos de planejamento familiar após a implantação da Lei 9263 no município de Ribeirão Preto"**, Protocolo: 0066/03/CEP/CSE-FMRP-USP, que será conduzido por V.Sª. **FOI APROVADO.** Entretanto durante a discussão do parecer do Senhor Relator, por parte dos demais membros deste CEP, constatou-se que a folha de rosto está assinada mas sem a identificação do nome e função de quem assina. Solicita-se pois cumprir com esta exigência.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof.º Dr. Antônio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof.ª Dra. Elisabeth Meloni Vieira
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP