UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LISIANE CAMARGO ALVES

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade
materna grave

RIBEIRÃO PRETO
2018

LISIANE CAMARGO ALVES

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade
materna grave

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher
no ciclo vital

Orientador: Prof^a. Dr^a. Flávia Gomes-Sponholz

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

Alves, Lisiane Camargo

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade materna grave. Ribeirão Preto, 2018.

100p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Gomes-Sponholz, Flávia.

1. Morbidade materna grave. 2. Sexualidade. 3. Gravidez. 4. Near Miss. 5. Função Sexual.

ALVES, Lisiane Camargo

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade materna grave

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho...

*À minha querida e tão amada **Mãe Isairene**, que me educou e criou da melhor forma possível que uma mãe pode criar um filho. Que tanto me incentivava a seguir em frente em busca dos meus sonhos e objetivos. Sem a sua ajuda, seu amor e suas palavras de força e positividade, nada seria possível. Você será sempre minha referência como ser humano, mãe, amiga e um perfeito exemplo de superação. Peço a Deus que sempre te ilumine e te proteja contra todos os males. Essa vitória não é só minha, mas sua também e este trabalho é para você. Eu te amo eternamente!!*

*A **cada mulher** que sobreviveu ou não a uma gestação, seja ela com ou sem dificuldades e a todos os **profissionais** que tanto trabalham para evitar as dores e os riscos de uma gravidez com complicações.*

“Unamo-nos, que a tarefa é de todos nós. Somente a união nos proporciona forças para o cumprimento de nosso serviços, trazendo a fraternidade por lema e a humildade por garantia de êxito”. - Bezerra de Menezes

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida Orientadora **Flávia Azevedo Gomes-Sponholz** pelos ensinamentos tão preciosos (técnicos, científicos, profissionais e pessoais) que levarei para sempre.

Por sua amizade, carinho, preocupação, pelas risadas, conversas e por toda ajuda a mim prestada não somente durante o Doutorado, mas desde a Iniciação Científica na Graduação; pelos conselhos e pela paciência em todos os momentos difíceis dessa jornada Acadêmica.

Pelo privilégio de poder desfrutar de sua companhia e de sua família: Maria, Alcion e D. Marise a quem tanto lhes devo pela amizade e companheirismo.

São 8 anos de convivência e eu desejo de todo meu coração que nosso laço continue e que nossa amizade perdure ainda por muito tempo.

Meus eternos agradecimentos a quem **sempre** me servirá como exemplo.

“Confie no Senhor e Ele o ajudará. Seja reto o seu caminho e espere no Senhor”

À querida **Mariana de Oliveira Fonseca-Machado** (em memória), por todo ensinamento a mim concedido durante sua breve e tão especial jornada aqui conosco. Você me ensinou muito mais do que possa ter imaginado e sua presença será eterna. A cada parágrafo aqui escrito me vinha a sua lembrança.

Sei que está bem, e desejo que com a sua luz, você ilumine a vida da Maria para que ela herde de você toda sua alegria, garra, coragem e inteligência que nós tivemos o privilégio de conhecer.

Que Deus te abençoe, te ilumine e te cuide!

AGRADECIMENTOS

À minha família: minha mãe **Isairene**, minha irmã **Ivanise** e meus sobrinhos **Lucas, Kayke e Nicole**, por me proporcionarem a convivência em família, pelo seu amor e carinho! Amo vocês!

Aos meus queridos tios **Inis Simões e Nelson Simões**, que tanto me ajudaram durante minha permanência em Ribeirão Preto, pelo seu carinho, amor e por me receber sempre de braços abertos. Amo vocês!!

Ao meu ex marido **Beto**, pelo enorme incentivo a seguir em frente, aquele que nunca me deixou desistir e sempre esteve ao meu lado, lutando com todas as forças no dia-a-dia, me ajudando a escolher o melhor caminho a seguir.

Às amigas **Vanessa** (infância), **Mariana, Juliane** (Graduação), **Paulinha, Jullie, Ana Paula e Nathália** (companheiras de moradia), que estiveram ao meu lado no decorrer dessa jornada e por me ensinarem o valor das amizades verdadeiras. Irei considerá-las sempre!

À minha querida e amada amiga **Grazielle Gomes**, minha companheira de trabalho, de conversas e risadas, que me acompanha durante no mínimo 8 horas por dia. “Ninguém cruza nosso caminho por acaso e nós não entramos na vida de alguém sem nenhuma razão”.

Ao querido **Douglas H. Villar**, pelas conversas, pensamentos e tantas reflexões inteligentes a respeito dos mais variados assuntos. Você, com toda sua vivência e conhecimento a respeito do ser humano, fez a diferença e me ensinou muito. Agradeço por ter cruzado meu caminho e me incentivado nessa reta final. Te desejo tudo de melhor que possa existir!

Aos meus colegas de trabalho da **Unimed Centro-Oeste Paulista** e principalmente à **Fabiane, Dr. Faria, Dr. Ramiro e Dr. Elyseu** por permitirem que eu fizesse parte dessa equipe e que eu levasse este trabalho adiante.

Às alunas **Jéssica e Bianca** pela contribuição na primeira fase da coleta de dados.

Às professoras **Juliana Monteiro e Juliana Stefanello**, do grupo de pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde, pelos ensinamentos e pela amizade.

Às professoras **Ana Luíza Borges e Adriana Peterson** pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À **banca examinadora** desta tese pela disponibilidade e gentileza em avaliar este trabalho.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública** e a todos os **docentes** que de alguma forma puderam contribuir para o meu aprendizado desde a época da Graduação. Serei eternamente grata!

À **Shirley**, secretária do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, pelo apoio prestado durante esses anos.

Ao **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP/USP**, ao **Centro de Referência em Saúde da Mulher – CRSM/MATER** e aos seus funcionários por permitirem a realização da coleta de dados deste projeto.

A todas as **mulheres** que participaram deste estudo, agradeço pela paciência e contribuição de experiências tão íntimas e espero ter contribuído de alguma forma.

À **CAPES** pela concessão da bolsa de Doutorado permitindo a realização deste estudo.

“(...) cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso” – Charlie Chaplin

RESUMO

ALVES LC. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após a vivência de um episódio de morbidade materna grave [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2018. 100f

Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da morbidade materna grave na saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após o evento. Estudo observacional, transversal, realizado em dois hospitais na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo Brasil: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto onde ficam internadas as puéperas que tiveram algum tipo de complicação na gestação (Grupo 1) e Centro de Referência em Saúde da Mulher, onde ficam internadas as puéperas de baixo risco gestacional (Grupo 2), totalizando 110 participantes, no período de maio de 2015 a agosto de 2016. A coleta de dados, a qual aconteceu da mesma forma nos dois hospitais, foi realizada em duas fases: a primeira correspondeu ao recrutamento das participantes enquanto ainda estavam internadas após o parto, onde foram obtidos os dados obstétricos, neonatais, sociodemográficos e reprodutivos diretamente do prontuário médico; a segunda ocorreu seis meses após a alta hospitalar das participantes, as quais foram contatadas via telefone para agendamento das visitas domiciliares, onde foram colhidos os dados sociodemográficos, econômicos, ginecológicos, obstétrico e os relacionados à saúde sexual, através do instrumento *Female Sexual Function Index*. Os dados foram analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences e R versão 3.1.2*. Foram utilizadas análises univariada e bivariada com distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, variabilidade dos dados, testes *Mann-Whitney*, Qui-quadrado e Exato de Fisher, regressão beta inflacionada. No Grupo 1, a média de idade das mulheres foi de 30 anos, com prevalência da cor branca e a maioria solteira com relação ao estado civil, mas vivia junto com o companheiro há mais de 10 anos, enquanto no Grupo 2, a idade média foi de 27,1 anos com prevalência de cor parda, casada e com tempo de relacionamento entre dois e cinco anos. A escolaridade foi praticamente a mesma nos dois grupos, com uma média de 9,5 anos de estudo. Tanto no Grupo 1 quanto no Grupo 2, a maioria não fumava, nem fazia uso de drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas. Enquanto no Grupo 1 a maioria havia feito cesárea, sendo 36,6% dos bebês nascidos prematuros, no Grupo 2, a maioria teve parto vaginal com apenas 7,2% dos bebês nascidos antes de 37 semanas. Das mulheres do Grupo 1, as morbidades materna grave mais frequentes foram as relacionadas aos distúrbios hipertensivos. Não houveram associações entre a ocorrência de morbidade materna grave e a predisposição à disfunção sexual, no entanto, em todos os domínios relacionados à função sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), as mulheres do Grupo 2 tiveram melhores pontuações, no entanto com a regressão Beta inflacionada, foram encontradas associações entre os domínios orgasmo e a variável cor, domínio satisfação e a variável tempo de relacionamento e entre o domínio dor e a morbidade materna grave, demonstrando que esse grupo de mulheres sofre com dispareunia quando comparadas com as mulheres que não tiveram complicações na gestação.

Palavras-chave: Morbidade materna grave. Sexualidade. Gravidez. Near miss. Função Sexual

ABSTRACT

ALVES LC. Sexual and reproductive health of women six months after experiencing an episode of severe maternal morbidity [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2018. 100f

The objective of this study was to evaluate the effects of severe maternal morbidity on sexual and reproductive health of women six months after the event. Cross-sectional observational study carried out in two hospitals in the city of Ribeirão Preto, São Paulo Brazil: Hospital of the Clinics of the Medical School of Ribeirão Preto, where the patients who had some kind of complication during pregnancy (Group 1) and Reference Center for Women's Health, where low-risk pregnancies (Group 2) are hospitalized, totaling 110 participants, from May 2015 to August 2016. Data collection, which occurred in the same way in both hospitals, was performed in two phases: the first corresponded to the recruitment of the participants while they were still hospitalized after delivery, where the obstetric, neonatal, sociodemographic and reproductive data were obtained directly from the medical record; the second occurred six months after the patients were discharged from the hospital, who were contacted by telephone to schedule home visits, where socio-demographic, economic, gynecological, obstetrical and sexual health data were collected through the Female Sexual Function Index. The data were analyzed through the software Statistical Package for the Social Sciences and R version 3.1.2. Univariate and bivariate analyzes were used with absolute and relative frequency distributions, central tendency measures, data variability, Mann-Whitney, Chi-square and Fisher Exact tests, inflated beta regression. In Group 1, the average age of the women was 30 years, with white prevalence and the majority single in relation to the marital status, but lived with the partner for more than 10 years, while in Group 2, the average age was 27.1 years old, with a prevalence of brown, married and with a relationship between two and five years. Schooling was practically the same in both groups, with an average of 9.5 years of study. In both Group 1 and Group 2, most did not smoke, nor did they use illicit drugs or alcoholic beverages. While in Group 1 the majority had delivered cesarean, with 36.6% of babies born preterm in Group 2, the majority had vaginal delivery with only 7.2% of babies born before 37 weeks. Of the women in Group 1, the most frequent severe maternal morbidities were those related to hypertensive disorders. However, in all domains related to sexual function (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain), there were no associations between the occurrence of severe maternal morbidity and the predisposition to sexual dysfunction, the women in Group 2 had better scores. However, with inflated beta regression, associations were found between domains orgasm and color variable, satisfaction domain and time relationship variable, and between pain domain and severe maternal morbidity, demonstrating that this group of women suffers from dyspareunia when compared with women who had no complications during pregnancy.

Descriptors: Severe maternal morbidity. Sexuality. Pregnancy. Near miss. Sexual function

RESUMEN

ALVES LC. Salud sexual y reproductiva de mujeres seis meses después de la vivencia de un episodio de morbilidad materna grave [tesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2018. 100f

Este estudio objetivó evaluar los efectos de la morbilidad materna grave en la salud sexual y reproductiva de mujeres seis meses después del evento. El estudio observacional, transversal, realizado en dos hospitales en la ciudad de Ribeirão Preto, São Paulo Brasil: Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto donde quedan internadas las puérperas que tuvieron algún tipo de complicación en la gestación (Grupo 1) y Centro de Referencia (Grupo 2), totalizando 110 participantes, en el período de mayo de 2015 a agosto de 2016. La recolección de datos, la cual ocurrió de la misma forma en los dos hospitales, fue en la que se internaron las púrpas de bajo riesgo gestacional (Grupo 2) se realizó en dos fases: la primera correspondió al reclutamiento de las participantes mientras aún estaban internadas después del parto, donde fueron obtenidos los datos obstétricos, neonatales, sociodemográficos y reproductivos directamente del prontuario médico; la segunda ocurrió seis meses después del alta hospitalaria de las participantes, las cuales fueron contactadas por teléfono para programar las visitas domiciliarias, donde fueron recolectados los datos sociodemográficos, económicos, ginecológicos, obstétricos y los relacionados a la salud sexual, a través del instrumento Female Sexual Function Index . Los datos fueron analizados a través del software Statistical Package for the Social Sciences y R versión 3.1.2. Se utilizaron análisis univarios y bivariados con distribución de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central, variabilidad de los datos, pruebas Mann-Whitney, Qui-cuadrado y Exacto de Fisher, regresión beta inflada. En el Grupo 1, el promedio de edad de las mujeres fue de 30 años, con prevalencia del color blanco y la mayoría soltera con relación al estado civil, pero vivía junto al compañero hace más de 10 años, mientras que en el Grupo 2, la edad media fue de 27,1 años con prevalencia de color parda, casada y con tiempo de relación entre dos y cinco años. La escolaridad fue prácticamente la misma en los dos grupos, con una media de 9,5 años de estudio. Tanto en el Grupo 1 como en el Grupo 2, la mayoría no fumaba, ni hacía uso de drogas ilícitas o bebidas alcohólicas. Mientras que en el Grupo 1 la mayoría había hecho cesárea, siendo el 36,6% de los bebés nacidos prematuros, en el Grupo 2, la mayoría tuvo parto vaginal con apenas el 7,2% de los bebés nacidos antes de 37 semanas. De las mujeres del Grupo 1, las morbos materna grave más frecuentes fueron las relacionadas con los trastornos hipertensivos. No hubo asociaciones entre la ocurrencia de morbilidad materna grave y la predisposición a la disfunción sexual, sin embargo, en todos los ámbitos relacionados con la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), las mujeres del Grupo 2 tuvieron mejores puntuaciones , sin embargo con la regresión Beta inflada, se encontraron asociaciones entre los dominios orgasmo y la variable color, dominio satisfacción y la variable tiempo de relación y entre el dominio dolor y la morbilidad materna grave, demostrando que ese grupo de mujeres sufre con dispareunia cuando comparadas con las mujeres que no tuvieron complicaciones en la gestación.

Descriptor: Morbilidad materna grave. Sexualidad. Embarazo. Near miss. Función sexual.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das participantes com morbidade materna grave (Grupo 1) e sem morbidade materna grave (Grupo 2) segundo as características sociodemográficas e econômicas. Ribeirão Preto, SP, 2018	45
Tabela 2	Distribuição das participantes dos Grupos 1 e 2 segundo as características comportamentais. Ribeirão Preto, SP, 2018	47
Tabela 3	Distribuição das participantes dos Grupos 1 e 2 segundo as características obstétricas. Ribeirão Preto, SP, 2018	48
Tabela 4	Distribuição das participantes dos Grupos 1 e 2 segundo aspectos de saúde ginecológicos e sexuais. Ribeirão Preto, SP, 2018	49
Tabela 5	Resultados e características dos recém-nascidos das participantes dos Grupos 1 e 2. Ribeirão Preto, SP, 2018	50
Tabela 6	Caracterização das participantes quanto ao tipo de morbidade materna grave apresentado durante a última gestação. Ribeirão Preto, SP, 2018	52
Tabela 7	Valores de média, mediana, desvio-padrão (dp), mínimo e máximo dos escores total e de cada domínio apresentado no FSFI das participantes dos Grupos 1 e 2 na última gestação. Ribeirão Preto, SP, 2018	53
Tabela 8	Associação entre o domínio orgasmo e a cor auto-referida pela participante, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	54
Tabela 9	Associação entre o domínio satisfação e o tempo de relacionamento, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	55
Tabela 10	Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	56
Tabela 11	Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	57
Tabela 12	Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	57
Tabela 13	Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	58
Tabela 14	Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	59
Tabela 15	Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018	60

LISTA DE ABREVIATURAS

AESH	Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRSM-MATER	Centro de Referência em Saúde da Mulher – MATER
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DRS	Departamento Regional de Saúde
DSF	Disfunção Sexual Feminina
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
MMG	Morbidade Materna Grave
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém Nascido
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Referencial teórico.....	19
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	PARTICIPANTES E MÉTODOS.....	24
3.1	Tipo e estudo.....	25
3.2	Período do estudo e locais.....	25
3.3	Participantes do estudo.....	26
3.4	Plano amostral.....	27
3.5	Procedimentos para coleta de dados.....	27
3.6	Instrumentos para coleta de dados.....	30
3.7	Variáveis do estudo.....	32
3.8	Análise dos dados.....	38
3.8.1	Análise de Regressão.....	38
3.9	Aspectos éticos	40
4	RESULTADOS	42
4.1	Caracterização das participantes	42
4.2	Morbidade Materna Grave	50
4.3	Saúde sexual das participantes.....	51
5	DISCUSSÃO	60
5.1	Caracterização das participantes do estudo.....	60
5.2	Morbidade Materna Grave	62
5.3	Saúde sexual das participantes.....	62
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	64
7	CONCLUSÕES	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	74
	ANEXOS	78

Introdução

1 Introdução

A mortalidade materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a morte de uma mulher durante a gestação ou 42 dias pós-parto, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação excluindo as causas acidentais ou incidentais (WHO, 2010b). No contexto mundial, a mortalidade materna se configura como sendo um dos parâmetros para se avaliar tanto a qualidade do serviço de saúde como o desenvolvimento socioeconômico de uma nação (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2008). Nos países de primeiro mundo, o desenvolvimento social, melhores atendimentos em casos de complicações graves e o planejamento familiar, são fatores que contribuem para a sua redução (CAMARGO et al., 2011).

Ainda, de acordo com a OMS, ocorrem cerca de 210 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos no mundo todo, sendo 289.000 mortes ao ano. Destas, 85% ocorrem no Sudeste Asiático e África Subsaariana e mesmo que dados atuais mostrem o decréscimo da mortalidade materna em países de baixa e média renda, de uma forma global, a razão de mortalidade materna ainda persiste em níveis elevados (WHO, 2013). No entanto, a subestimação dos números de morte materna está ligada tanto aos países desenvolvidos quanto aos em desenvolvimento, o que acaba dificultando a análise a fatores e causas dos óbitos, bem como a elaboração de políticas direcionadas a essa população específica (HORON, 2005; MORSE, 2011).

A razão de morte materna, que representa o número de mulheres que morrem em decorrência de complicações relacionadas ao ciclo grávido-puerperal por 100.000 nascidos vivos, mesmo sendo considerada como um dos principais indicadores da saúde da mulher em um país (TABASSUM et al., 2013), representa apenas uma parte das complicações apresentadas durante a gravidez, parto ou pós-parto, sendo chamada por alguns autores de “ponta do iceberg” da morbidade materna grave, um distúrbio que acomete cerca de dez milhões de mulheres ao ano (CALLAGHAN, 2012; SOUZA, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, “a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento” (BRASIL, 2007, p. 9).

No mundo todo, aproximadamente 20 milhões de mulheres apresentaram algum tipo de complicação no ciclo grávido-puerperal, com graus de sequelas distintos, terminando em 600 mil mortes maternas. Nesse sentido, a morbidade materna grave (MMG), torna-se um fator importante no

monitoramento da atenção à saúde, bem como no processo de atendimento obstétrico (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009; PACAGNELLA et al., 2010).

Em termos conceituais, MMG, refere-se a um evento de morbidade severa em mulheres durante a gestação, parto ou 42 dias pós-parto, sendo classificada como uma condição potencial de ameaça à vida, incluindo hemorragia, hipertensão ou outras alterações sistêmicas (CECATTI et al., 2009). Estima-se que para cada caso de óbito materno ocorram em média mais 15 casos de morbidade materna grave (AMARAL; LUZ; SOUSA, 2007).

Essa questão tem ganhado destaque nos estudos sobre saúde materna (GELLER et al., 2004; PACAGNELLA et al., 2010), pois esse grupo específico de mulheres é maior quando comparado à mortalidade materna, tornando-se importante para o entendimento da evolução de uma gestação normal, passando por uma complicação grave até chegar à morte, visto que a própria mulher constitui-se como fonte de dados para o cuidado à saúde (AMARAL et al., 2011; PATTINSON et al., 2003).

Como resultado do entrave encontrado pelos pesquisadores da área no que diz respeito à falta de uniformidade nos critérios diagnósticos de MMG, dificultando o acesso a dados reais sobre a sua prevalência e influenciando nas estimativas (TUNÇALP et al., 2012), uma padronização nos critérios de MMG foi realizada pela OMS, através de estudos que incluíram revisões sistemáticas (SAY; PATTINSON; GULMEZOGLU, 2004; TUNÇALP et al., 2012), estudos-piloto (SOUZA et al., 2010; CECATTI et al., 2011) e um estudo multicêntrico (SOUZA et al., 2012).

A OMS utiliza alguns critérios específicos para definição de MMG: i) definição de critérios clínicos relacionados a uma doença específica, como eclâmpsia e hemorragia; ii) intervenção específica como admissão em Unidade de Terapia Intensiva, cirurgias de urgência, como histerectomia e transfusão de sangue; iii) disfunção orgânica, como choque, insuficiência respiratória (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

Os avanços ocorridos na atenção à saúde e a melhora no atendimento de usuários dos serviços de saúde, incluindo cuidados intensivos, vêm resultando em um maior número de mulheres que sobrevivem a eventos ameaçadores à vida e, por conseguinte, maior prevalência de consequências desta morbidade a longo prazo (RATTRAY; HULL, 2008).

Apesar das suposições de vários autores sobre como a MMG afeta a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias (CECATTI et al., 2009; PACAGNELLA et al., 2010), há poucas informações sobre as consequências destas complicações, como por exemplo, sobre a saúde sexual da mulher e a saúde reprodutiva (ANDREUCCI et al., 2015; GANABA et al., 2010). Da mesma forma, também não existem estudos que abordam qual o tempo estimado para a retomada da atividade

sexual feminina no pós-parto após algum tipo de complicação no ciclo grávido-puerperal (ANDREUCCI et al., 2015).

Tomando como base as consequências a longo prazo da MMG na saúde da mulher, questionamos através deste projeto de pesquisa, se mulheres que tiveram complicações durante a gestação, parto ou pós-parto apresentam maiores queixas somáticas relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva quando comparadas com as que não tiveram complicações durante o ciclo grávido-puerperal.

1.1 Referencial teórico

No que confere à saúde sexual, segundo o MS, “A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação” (BRASIL, 2013).

De acordo com alguns autores, a sexualidade sofre a influência de vários fatores, como biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais, constituindo um aspecto fundamental do ser humano o que a torna diretamente relacionada à melhor qualidade de vida (BEZERRA et al., 2015; CARVALHO et al., 2015).

Historicamente, foram descritos vários ciclos acerca da resposta sexual feminina.

1. Masters e Johnson (1966) assinalaram que o ciclo sexual feminino era composto pelas fases: excitação, platô, orgasmo e resolução.
2. Kaplan (1979) descreveu um ciclo com apenas três fases: desejo, excitabilidade e orgasmo, eliminando a fase da resolução por acreditar ser após o término da resposta sexual e excluiu a fase de platô por afirmar ser continuação da excitação.
3. Basson (2000) afirma que os ciclos descritos anteriormente refletem a resposta sexual das mulheres no início dos relacionamentos. Propôs um novo ciclo composto por aspectos únicos da mulher que a diferenciam do homem:
 - 3.1. A mulher tem pouca influência de hormônios no início da atividade sexual. Diferentemente do homem que tem como ponto de partida a estimulação pela testosterona;
 - 3.2. A mulher para ser motivada, depende mais do envolvimento emocional com o parceiro para dar continuidade ao ciclo, ou seja, os “ganhos” ou as “recompensas”, como cita o autor, não são apenas sexuais;
 - 3.3. A fase de excitação da mulher é mental e subjetiva, não sendo necessariamente acompanhada por alterações vasoconstritoras na genitália, como ocorre no homem;

3.4. Por fim, nem sempre ocorre o orgasmo, e quando ocorre, é de maneiras distintas, variando de mulher para mulher.

Basson (2004), ao revisar os modelos anteriores, concluiu que a resposta sexual feminina envolve diversas fases. Sejam elas: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e resolução, afirmando que todas essas fases estão interligadas e dependem umas das outras.

Esse modelo está em consonância com o modelo definido pela Associação Psiquiátrica Americana (2002), que após analisar os modelos propostos por Masters e Johnson (1966) e Kaplan (1979) definiu a resposta sexual saudável como a sucessão das fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (BRASIL, 2013).

A disfunção sexual feminina (DSF) refere-se à “diminuição persistente ou recorrente do desejo sexual, da excitação sexual, da dificuldade ou incapacidade para atingir o orgasmo, e da ocorrência de dor durante a relação sexual” (CARVALHO et al., 2015), ou seja, qualquer interferência em uma das fases da resposta sexual feminina (BEZERRA et al., 2015) seja de forma persistente ou recorrente (BRASIL, 2013).

Segundo alguns autores, o índice de DSF chega a atingir 43% das mulheres americanas (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999). No Brasil, a disfunção sexual feminina chega a atingir índices de 68% (GONZÁLES et al., 2015). Sua prevalência chega a atingir 49% das mulheres com 18 anos ou mais (ABDO et al., 2004) e 67% das que têm entre 40 e 65 anos de idade (CABRAL et al., 2013).

Dentre os tipos de DSF no Brasil, um terço das mulheres manifestam desejo sexual hipoativo, 29% têm problemas para atingir o orgasmo e 18% apresentam dispareunia (ABDO et al., 2006).

Alguns autores afirmam que além de fatores sociais, econômicos e biológicos, a vida sexual da mulher também é afetada por condições prévias como número de gestações e tempo de relacionamento sexual, idade materna, etnia e tipo de parto (DE SOUZA et al., 2015).

Sabe-se que a saúde sexual é comumente desconsiderada pelos profissionais da saúde em suas consultas de rotina, mesmo alguns autores afirmando que a disfunção sexual interfere na qualidade de vida e na saúde, seja por influência dos mitos populares ou pelas dúvidas que surgem a respeito dessa patologia (CARVALHO et al., 2015).

Apesar do índice de profissionais médicos que abordam a saúde sexual em uma consulta médica estar em torno de 10%, na última década, as mulheres têm procurado ajuda com mais frequência (SMITH et al., 2007; MARTINEZ L., 2008). A saúde sexual das mulheres é um tópico muito incomum de ser avaliado por profissionais da saúde em uma consulta de rotina. O motivo dessa não abordagem vai desde o desconforto em falar sobre o assunto até o desconhecimento de técnicas adequadas para entrevista (LARA et al., 2008).

No que confere à saúde reprodutiva, após a I Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, foi ampliado o seu conceito definido em 1988 pela OMS. Nessa conferência, ficaram em evidência as questões sobre a mulher, meio ambiente e os direitos humanos. Nesse sentido, foi deixada de lado a questão sobre limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e a desigualdade (BRASIL, 2013).

Dessa forma, de acordo com a OMS (BRASIL, 2013, p.13), o conceito de saúde reprodutiva ficou definido como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade”.

Implícito nesse conceito está também o fato de que qualquer pessoa pode ter uma vida sexual segura e que a satisfaça, com autonomia para decidir quando e quantos filhos deseja ter. Dessa forma, o direito a homens e mulheres de acesso a qualquer método contraceptivo e ao planejamento familiar desde que estejam de acordo com a lei. Da mesma maneira, que as mulheres tenham acesso ao pré-natal para poderem gestar e parir com segurança (ONU, 1995).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), a qual realizou um inquérito domiciliar com aproximadamente 15 mil mulheres, de 15 a 49 anos de idade, representando as cinco regiões brasileiras, houve avanços no que diz respeito à saúde reprodutiva. Na edição atual foram incluídos dois métodos contraceptivos, a camisinha feminina e a pílula do dia seguinte. No que concerne às relações conjugais, o conceito de união foi ampliado, passando a ser reconhecida a união do mesmo sexo. Já, no âmbito da fecundidade, questões como engravidar antes dos 20 anos ou depois dos 30 também foram incluídas na percepção das mulheres no que diz respeito às mudanças em suas vidas (BRASIL, 2009).

A pesquisa, que tem como principal objetivo caracterizar a população feminina em idade fértil com relação aos dados sociodemográficos, econômicos e culturais, mostrou a importância dessa caracterização para a formulação de ações e políticas sociais (FERES; MANCERO, 2001). Por exemplo: um dos resultados encontrados na pesquisa foi a maior proporção de mulheres em idade fértil nas áreas de maior desenvolvimento econômico, como as regiões Sul e Sudeste do país. Já, nas regiões Norte e Nordeste, as mulheres residentes pertenciam às classes econômicas D e E, as que têm piores condições de consumo e acesso aos meios de comunicação. No entanto, quando comparadas com as mulheres entrevistadas em 1996, os dados apresentaram melhora significativa (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, este estudo buscou avaliar os efeitos da morbidade materna grave na saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após o evento.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os efeitos da morbidade materna grave na saúde sexual e reprodutiva de mulheres seis meses após o evento.

2.2 Objetivos Específicos

- i. Caracterizar a morbidade materna grave em mulheres atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) quanto às causas e desfecho do evento;
- ii. Identificar as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres com episódio de morbidade materna grave;
- iii. Comparar aspectos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres com episódio de morbidade materna grave com os daquelas mulheres que não tiveram esse tipo de agravo durante a gestação;
- iv. Descrever os resultados neonatais de recém-nascidos de mães que tiveram morbidade materna grave.

Participantes e Métodos

3 PARTICIPANTES E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, com delineamento transversal.

Em estudos observacionais o pesquisador apenas analisa as características dos participantes, sem nenhuma interferência (FRANCO; PASSOS, 2011).

Uma grande característica da metodologia transversal é a impossibilidade de definir se a exposição precedeu à doença ou vice-versa, tornando-se difícil estabelecer uma hipótese de causalidade (PASSOS, 2011).

3.2 Período do estudo e locais

A coleta de dados foi dividida em duas fases. A primeira consistiu no recrutamento das participantes que estavam de alta hospitalar e se iniciou em maio de 2015 e terminou em fevereiro de 2016. A segunda fase consistiu nas entrevistas domiciliares que ocorreram seis meses após a alta de cada participante, tendo início em novembro de 2015 e término em agosto de 2016 sendo realizada tanto no município de Ribeirão Preto quanto nas cidades que fazem parte do Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) e que têm uma distância de até 60 km de Ribeirão Preto ^a. Dessa forma, o período total de coleta de dados foi de maio de 2015 a agosto de 2016.

O recrutamento das participantes foi realizado em dois hospitais localizados no município de Ribeirão Preto.

(i) Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Esta instituição é mantida pelo governo do Estado de São Paulo, sendo vinculada à Secretaria de Estado da Saúde. É um hospital de nível terciário que proporciona assistência a nível hospitalar e ambulatorial como um serviço de retaguarda do Sistema Único de Saúde (SUS).

^aA escolha por municípios com até 60 km de distância de Ribeirão Preto refere-se à facilidade para realização das visitas domiciliares.

Reconhecido como centro de referência regional para a saúde, atende pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto e dos demais municípios do DRS XIII.

Especificamente no oitavo andar desta instituição, local do recrutamento das participantes com MMG, permanecem internadas as mulheres que tiveram alguma complicação durante a gestação, parto ou pós-parto, as quais são classificadas neste estudo como Grupo 1.

(ii) Centro de Referência em Saúde da Mulher (CRSM-MATER).

Esta instituição é mantida com recursos orçamentários do SUS, sob administração do HCFMRP-USP com interveniência da Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEPA).

Cerca de um terço dos partos do SUS em Ribeirão Preto é realizado no CRSM/MATER que está integrado ao Projeto Nascer da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o qual preconiza que o acompanhamento pré-natal das gestantes aconteça na atenção básica até a 36ª semana de gestação e, posteriormente, nos hospitais da rede pública, até o final da gestação.

Na MATER, da mesma forma como no HCFMRP, também são atendidas as mulheres que fazem parte do DRS XIII.

Nesta instituição, foram recrutadas as participantes que fazem parte do grupo que não sofreu nenhum tipo de agravo durante a gestação, parto ou pós-parto imediato. Foram classificadas neste estudo como Grupo 2.

3.3 Participantes do estudo

Para a escolha das participantes do Grupo 1, foram selecionadas as mulheres que atenderam aos critérios de morbidade materna grave estabelecidos por Cecatti et al., 2009.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- i. Mulheres que atenderam aos critérios de morbidade materna grave estabelecidos por Cecatti et al., 2009.
- ii. Maiores de 18 anos
- iii. Residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, ou em outro município da DRS XIII com até 60 km de distância

Foram excluídas do estudo as usuárias de drogas ou outras substâncias psicoativas, mulheres com histórico de doença psiquiátrica ou doenças crônicas como câncer e/ou diabetes e doenças neurológicas.

Com relação às usuárias de drogas e com histórico de doenças psiquiátricas ou crônicas, a justificativa para exclusão do estudo é que alguns autores sugerem que a disfunção sexual tem uma etiologia multifatorial, ou seja, é agravada por fatores fisiológicos, como por exemplo as doenças citadas e também por fatores psicossociais, prejudicando a autoimagem o que causa diminuição da atratividade afetando negativamente uma ou mais fases da resposta sexual. (MARQUES, CHEDID, EIZERIK, 2008).

No que diz respeito às participantes do Grupo 2, os mesmos critérios de inclusão foram utilizados, com exceção da MMG, pois essas participantes são de baixo risco obstétrico, ou seja, não tiveram complicações no ciclo grávido-puerperal, correspondendo à população de referência do CRSM-MATER.

3.4 Plano amostral

Para a realização do cálculo amostral foi considerado o número de casos de MMG no HCFMRP, no período de julho de 2014 a junho de 2015.

Considerando-se que foi adotada uma razão de controles por caso de 2:1, nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), poder de 80%, assumindo-se um risco de 50% para o grupo de mulheres que tiveram um episódio de morbidade materna grave e de 30% para o grupo controle.

O tamanho amostral calculado foi de 231 mulheres, com 77 mulheres do grupo que sofreram episódio e 154 que não sofreram. O cálculo foi realizado através do programa R versão 3.1.2 através da função `epicalc`.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Participaram da coleta de dados uma doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública e duas bolsistas de iniciação científica, alunas do segundo ano do curso Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), as quais participaram apenas da fase de recrutamento que foi realizada através de visita às Unidades de Internação nos dias úteis com a busca no Censo Hospitalar Diário das mulheres que estavam de alta, de acordo com a rotina de cada serviço, sendo no horário de almoço no

HCFMRP, e no período vespertino no CRSM-MATER, horário em que saem as altas hospitalares em cada instituição.

A escolha pelo recrutamento das participantes ocorrer no momento da alta hospitalar justifica-se por ser um período mais tranquilo para a puérpera que ainda encontra-se internada após a ocorrência do parto e possíveis complicações, bem como pela garantia de que não será excluída do estudo por ocorrência de alguma complicação relacionada à sua saúde.

Como neste momento, apenas selecionamos as participantes para o estudo, não houve necessidade de uma sala privativa para esse procedimento, sendo assim, não interferimos na rotina das Instituições.

Levando-se em consideração os critérios de inclusão e exclusão, após terem sido selecionadas para participarem do estudo, fomos até as mulheres na enfermaria em que estavam internadas, nos apresentamos como pesquisadoras, explicamos o intuito da pesquisa e as convidamos para a participação. Neste momento, as que aceitaram participar, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando a via assinada com a pesquisadora. No termo (APÊNDICE A), composto por duas vias, constaram os procedimentos da pesquisa, como entrevista domiciliar 180 dias após a alta e os parâmetros de segurança para as participantes, as quais ficaram com a outra via, assinada pela pesquisadora e orientadora.

Em seguida, dos prontuários médicos, foram obtidas informações como: o tipo de MMG no caso da coleta no HCFMRP, realização ou não de pré-natal e número de consultas realizadas, além de informações referentes aos resultados neonatais como idade gestacional ao nascer, Apgar 1º e 5º minutos, sexo, peso e comprimento ao nascer, intercorrências ao nascer e na internação e procedimentos realizados ao nascimento.

Após 180 dias da alta hospitalar, as mulheres foram contatadas novamente pela pesquisadora, via telefone para a entrevista domiciliar. Neste momento, foram coletados os dados sociodemográficos e econômicos, as características ginecológicas, relacionadas à saúde reprodutiva e aplicado o *Female Sexual Function Index* (FSFI), questionário que avalia a saúde sexual feminina.

Nesta fase da coleta de dados, ao entrar em contato via telefone, foi confirmado o endereço informado pela participante no dia da alta e agendado dia e horário para a entrevista, de acordo com a disponibilidade da participante.

Durante a visita domiciliar, foi escolhido um local privativo para aplicação do instrumento, visto que o mesmo contém perguntas íntimas e não é recomendada a presença do parceiro no momento da entrevista. Apesar do FSFI ser um instrumento proposto para ser auto-aplicado (ROSEN et al., 2000), Althof et al. (2005) e Rosen (2002) sugerem que diferenças tanto no nível educacional como cultural

podem contribuir para interpretações erradas das questões. Assim, levando-se em consideração a baixa escolaridade da maioria das participantes, optamos por coletar os dados em forma de entrevista.

Da mesma forma como no HCFMRP-USP, após serem identificadas como puérperas de baixo risco obstétrico, as mulheres foram convidadas a participar do projeto de pesquisa no dia em que estavam de alta hospitalar do CRSM-MATER.

Nesta ocasião fomos até elas na enfermaria de alojamento conjunto, unidade esta em que as puérperas de baixo risco obstétrico permanecem, nos apresentamos como pesquisadoras, fizemos o convite para a participação, explicamos o intuito da pesquisa, lemos juntas o TCLE (APÊNDICE B) e após a concordância e assinatura do mesmo foi formalizada a inclusão das participantes.

Os dados também foram colhidos do prontuário médico. Utilizamos o mesmo instrumento de coleta de dados no CRSM-MATER e no HCFMRP.

Em seguida, como no HCFMRP-USP, 180 dias após a alta hospitalar, entramos em contato novamente com a participante via telefone para agendarmos a entrevista.

É importante salientar que a segunda fase da coleta de dados, que consistiu nas entrevistas domiciliares, foi realizada apenas pela pesquisadora principal. Como as visitas eram marcadas de acordo com a disponibilidade de cada participante em seus domicílios, muitos em outras cidades e o fato do questionário aplicado exigir estudo e treinamento, não foi possível a participação das alunas de iniciação científica.

Abaixo, está representado o fluxograma da coleta de dados, desde o recrutamento até a fase final das entrevistas e os motivos das perdas ocorridas.”

Fluxograma 1 – Etapas da coleta de dados e motivos das perdas ocorridas.

Fonte: produção própria.

3.6 Instrumentos para coleta dos dados

Para a coleta de dados, elaboramos um *booklet* contendo os instrumentos utilizados tanto nas instituições hospitalares, quanto nas entrevistas domiciliares (ANEXO A).

O *booklet* foi composto inicialmente pelos critérios de morbidade materna grave utilizados no estudo, a fim de selecionar as mulheres participantes, seguidos por um questionário com resultados obstétricos e neonatais os quais eram preenchidos através de consulta aos prontuários médicos no mesmo dia de recrutamento das participantes.

Definida como uma condição potencial de ameaça à vida (CECATTI et al., 2009), foram utilizados os critérios definidos pela OMS para caracterização das mulheres que tiveram algum tipo de MMG na gestação, parto ou pós-parto.

- (i) Distúrbios hemorrágicos (descolamento prematuro da placenta, placenta acreta / increta / percreta, gravidez ectópica, hemorragia anteparto, hemorragia pós-parto, ruptura uterina, aborto com hemorragia grave).

- (ii) Distúrbios hipertensivos (pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hipertensão grave, encefalopatia hipertensiva, HELLP síndrome).
- (iii) Outras doenças sistêmicas (endometrite, edema pulmonar, insuficiência respiratória, convulsões, sepse, trombocitopenia <100.000, crise de tireóide).
- (iv) Indicadores de gestão de gravidade (transusão de sangue, acesso venoso central, histerectomia, admissão na UTI, internação prolongada [> 7 dias pós-parto], intubação não relacionados ao procedimento anestésico, retorno à sala de cirurgia, grandes intervenções cirúrgicas).

Em seguida, constaram no *booklet* os questionários que eram preenchidos no dia da visita domiciliar, como as características sociodemográficas e econômicas, as características ginecológicas e obstétricas.

Por fim, foi preenchido o *FSFI* (ANEXO B), instrumento utilizado para avaliar a resposta sexual feminina, o qual foi desenvolvido nos Estados Unidos (ROSEN et al., 2000) e validado por outros autores (MESTON; DEROGATIS, 2002; WIEGEL; MESTON; ROSEN, 2005). No Brasil foi adaptado para a língua portuguesa por Pacagnella et al., 2008. O questionário contém 19 questões com 5 respostas cada uma, variando de 0 a 5. As questões são agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, onde o escore de cada um é obtido através da soma das questões multiplicada por um fator específico.

Quadro 1 – Valores mínimos e máximos e variação dos escores de cada questão contida no FSFI.

Domínios	Questões	Variação do Escore	Fator de Multiplicação	Escore Mínimo	Escore Máximo
Desejo	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0 – 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0 (ou 1) – 5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Escore Total				2,0	36,0

* Na questão 14, o escore varia de 0 a 5 e nas questões 15 e 16, varia de 1 a 5.

A pontuação final do instrumento refere-se à soma dos escores de cada domínio, sendo que um valor final menor ou igual a 26,55 indica que a participante é propensa a algum tipo de disfunção sexual feminina.

3.7 Variáveis do estudo

A seguir, são descritas como foram tratadas as variáveis utilizadas neste estudo.

3.7.1 Variável desfecho principal

✓ Indicativo de Disfunção Sexual Feminina

A participante com este resultado, foi aquela que apresentou um valor menor ou igual a 26,55 na pontuação final do *FSFI*. Esta variável foi tratada de forma dicotômica “sim” ou “não” e também de forma contínua.

3.7.2 Variável desfecho secundária

- ##### **✓ Escores dos Domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor:** em decorrência de não haver no instrumento um ponto de corte que nos permita afirmar se a participante tem uma disfunção sexual relacionada especificamente a cada domínio, estas variáveis foram apenas tratadas de forma contínua.

3.7.3 Variável preditora

✓ Morbidade Materna Grave

Esta variável foi classificada em quatro grupos: “distúrbios hemorrágicos”, “distúrbios hipertensivos”, “outras doenças sistêmicas” e “indicadores de gestão de gravidade” (CECATTI et al., 2009) e classificada como dicotômica “sim” ou “não” de acordo com a consulta aos prontuários médicos de cada participante.

3.7.4 Variáveis sociodemográficas e econômicas

- ✓ **Idade:** esta variável, em anos completos, foi calculada a partir da data da entrevista e da data de nascimento da participante. Foi tratada de forma contínua e também categorizada em: “18-20”, “21-29”, “≥30” anos de idade.
- ✓ **Cor autorreferida:** cor da pele referida pela própria participante, foi categorizada em: “branca” e “não-branca”.
- ✓ **Escolaridade:** em anos completos de estudo, foi tratada de forma contínua e categorizada em: “um-oito”, “nove-11” e “≥12” anos de estudo.
- ✓ **Religião:** esta variável foi classificada em: “católica”, “evangélica”, “espírita”, “testemunha de Jeová” e “Crê em Deus, mas não tem religião”.
- ✓ **Ocupação:** esta variável indica se a participante exerce algum tipo de atividade remunerada no momento da entrevista. Variável dicotômica “sim”, “não”
- ✓ **Hábito de fumar:** consumo de cigarros durante a última gestação. Variável dicotômica, “sim”, “não”.
- ✓ **Hábito de beber:** esta variável foi classificada em: “não ingere bebida alcoólica” ou “ingere bebida alcoólica ao menos uma vez por mês”.
- ✓ **Uso de drogas ilícitas:** esta variável foi classificada em cinco categorias: “não usa”, “usa todos ou quase todos os dias”, “usa uma ou duas vezes/semana”, “usa uma a três vezes por mês”, “usa menos de uma vez por mês”.
- ✓ **Estado civil:** variável classificada em: “solteira”, “casada”, “divorciada/separada”, “viúva”.
- ✓ **Estado marital:** variável classificada em: “vive com o parceiro”, “tem um parceiro mas não vive junto”.
- ✓ **Tempo de relacionamento:** esta variável indica o tempo de relacionamento em meses completos com o parceiro atual. Foi tratada de forma contínua e classificada em: “<60”, “61-120”, “>120” meses.
- ✓ **Moradia:** indica qual a situação atual de moradia da participante. Foi classificada em: “própria”, “alugada”, “emprestada”.
- ✓ **Renda familiar mensal em salários-mínimos:** indica a soma dos salários de todas as pessoas que moram na casa e contribuíram financeiramente no último mês. Foi levado em consideração o salário-mínimo vigente no ano de 2015, R\$880,00. Esta variável foi tratada de forma contínua e classificada em: “≤ um”, “dois-três”, “≥ quatro”, “não sabe”.
- ✓ **Provedor da família:** esta variável indica quem é a pessoa responsável pelo sustento de todos os integrantes da casa. Foi classificada em: “participante”, “companheiro”, “ambos”, “outros”.

3.7.5 Variáveis ginecológicas

- ✓ **Idade da menarca:** indica a idade da participante quando teve a primeira menstruação. Foi tratada de forma contínua.
- ✓ **Idade da primeira relação sexual consentida:** indica a idade da participante quando teve a primeira relação sexual consentida. Foi tratada de forma contínua.
- ✓ **Utilização de método contraceptivo ao longo da vida:** indica se a participante já utilizou algum método contraceptivo ao longo da vida. Variável dicotômica “sim” “não”.
- ✓ **Contraceptivos usados ao longo da vida:** hormonal oral, injetável, adesivo, anel vaginal, implante, Dispositivo Intra-Uterino (DIU), laqueadura, vasectomia, preservativo masculino, preservativo feminino, espermicida, diafragma, coito interrompido, tabelinha, temperatura corporal basal, muco cervical, amenorreia lactacional, pílula de emergência: variáveis dicotômicas “sim”, “não”.
- ✓ **Método contraceptivo utilizado por mais tempo:** esta variável indica qual o método mais utilizado pela participante ao longo da vida. Variável classificada em: “hormonal oral”, “hormonal injetável”, “hormonal adesivo”, “anel vaginal”, “implantes”, “DIU”, “laqueadura tubária”, “vasectomia”, “preservativo masculino”, “preservativo feminino”, “espermicida”, “diafragma”, “coito interrompido”, “tabelinha”, “temperatura corporal basal”, “muco cervical”, “amenorreia lactacional”, “pílula de emergência”.
- ✓ **Tempo de uso do método mais usado:** esta variável indica qual o tempo de uso do método mais utilizado pela participante. Foi tratada de forma contínua.
- ✓ **Utilização de método contraceptivo no último ano:** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Contraceptivos usados no último ano:** hormonal oral, injetável, adesivo, anel vaginal, implante, DIU, laqueadura, vasectomia, preservativo masculino, preservativo feminino, espermicida, diafragma, coito interrompido, tabelinha, temperatura corporal basal, muco cervical, amenorreia lactacional, pílula de emergência: variáveis dicotômicas “sim”, “não”.
- ✓ **Ocorrência de Doença Sexualmente Transmissível (DST):** esta variável informa se a participante já teve alguma vez na vida algum tipo de DST. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Realização do tratamento:** indica se as participantes que tiveram DST realizaram o tratamento. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Necessidade do companheiro realizar tratamento:** esta variável indica se o companheiro precisou realizar tratamento quanto à ocorrência de DST na participante. Variável dicotômica “sim”, “não”.

- ✓ **Realização de tratamento pelo companheiro:** indica se quando houve a indicação de tratamento, o companheiro o realizou. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Ocorrência de DST mais de uma vez na participante:** esta variável indica se entre as participantes que tiveram DST, houve ocorrência da doença mais de uma vez. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Frequência de idas ao ginecologista antes de engravidar:** variável categorizada em “mais de uma vez ao ano”, “anualmente”, “a cada dois anos”, “somente quando está com problema de saúde” ou “nunca foi ao ginecologista”.
- ✓ **Motivo da consulta ao ginecologista:** foi categorizada em “rotina” ou “quando tem queixas”.
- ✓ **Frequência das relações sexuais antes de engravidar:** esta variável foi dividida em “mais de uma vez por dia”, “diariamente”, “uma vez por semana”, “duas ou mais vezes por semana”, “quinzenalmente”, “mensalmente”, “anualmente”.
- ✓ **O que sente na relação sexual na maioria das vezes:** classificada em “prazer”, “dor”, “desconforto”, “nada”.
- ✓ **Frequência que sente vontade de ter relação sexual:** dividida em “sempre”, “na maioria das vezes”, “às vezes”, “nunca”.
- ✓ **Número de parceiros sexuais no último ano:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Número de parceiros sexuais ao longo da vida:** variável tratada de forma contínua.

3.7.6 Variáveis obstétricas

- ✓ **Idade gestacional no início do pré-natal:** coletada em semanas, esta variável foi tratada de forma contínua.
- ✓ **Número de consultas de pré-natal:** esta variável foi tratada de forma contínua e classificada em “uma – cinco” ou “≥ seis”.
- ✓ **Número de gestações:** esta variável indica quantas vezes a participante engravidou, foi tratada de forma contínua.
- ✓ **Gestação planejada:** indica se a última gestação da participante foi planejada. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Gestação desejada:** indica se a última gestação da participante foi desejada, independente de ter sido planejada ou não. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Número de partos:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Número de partos normais anteriores:** variável tratada de forma contínua.

- ✓ **Número de cesáreas anteriores:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Número de partos com fórceps anteriores:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Número de abortos:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Via de parto da última gestação:** variável classificada em “vaginal” ou “cesárea”.
- ✓ **Número de filhos vivos:** variável tratada de forma contínua
- ✓ **Ocorrência de filhos que nasceram mortos:** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Ocorrência de filhos que morreram logo após o nascimento:** variável dicotômica “sim”, “não”.

3.7.7 Variáveis neonatais

- ✓ **Idade gestacional da criança ao nascer:** esta variável indica se o recém nascido (RN) nasceu prematuro (com menos de 37 semanas). Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Sexo:** variável dicotômica “feminino”, “masculino”
- ✓ **Apgar no primeiro e quinto minutos de vida:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Baixo peso ao nascer:** esta variável foi classificada em dicotômica “sim”, “não” para crianças com peso menor que 2.500 gramas e também foi tratada de forma contínua.
- ✓ **Comprimento da criança ao nascer:** variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Criança sugou na primeira hora de vida:** variável dicotômica “sim”, “não”
- ✓ **Intercorrências ao nascer:** esta variável indica se a criança teve algum tipo de intercorrência ao nascer. Variável dicotômica “sim”, “não”
- ✓ **Cianose, bradicardia, parada respiratória, hipotermia, parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória, má formação:** variáveis dicotômicas “sim”, “não”.
- ✓ **Alteração do tônus muscular:** esta variável foi classificada em “atonía”, “hipotonia”, “hipertonia” ou “não teve alteração”.
- ✓ **Procedimentos realizados ao nascimento:** variável dicotômica “sim”, “não”
- ✓ **Contato pele a pele, aspiração de vias aéreas, uso de oxigênio, uso de máscara e ambú, massagem cardíaca, aspiração gástrica, lavagem gástrica:** variáveis dicotômicas “sim”, “não”.
- ✓ **Local para onde foi encaminhado o RN:** esta variável foi classificada em “alojamento conjunto”, “unidade de cuidados intermediários”.
- ✓ **Tempo de permanência na Unidade de Cuidados intermediários (UCI):** variável tratada de forma contínua.

- ✓ **RN encaminhado a outro serviço:** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Intercorrências durante a internação:** esta variável indica se o RN teve algum tipo de intercorrência durante a sua internação. Variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Hipoglicemia, desidratação, icterícia, impetigo, dificuldade respiratória:** variáveis dicotômicas “sim”, “não”.
- ✓ **Necessidade de contato com a assistente social:** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Necessidade de contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS):** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Necessidade de contato com o Programa Saúde da Família (PSF):** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Tempo de internação hospitalar:** tempo contado em dias de internação hospitalar da criança. Variável tratada de forma contínua.
- ✓ **Tipo de aleitamento materno na alta hospitalar:** esta variável foi classificada em “aleitamento materno exclusivo”, “aleitamento materno predominante”, “aleitamento materno misto ou parcial”, “não está amamentando”.
- ✓ **Óbito neonatal durante a internação:** variável dicotômica “sim”, “não”.
- ✓ **Horas de vida de ocorrência do óbito neonatal:** variável tratada de forma contínua.

As variáveis seguintes foram utilizadas na análise de regressão Beta Inflacionada.

- ✓ **Idade da participante:** em anos completos, esta variável foi dividida em quatro categorias: 18 – 20 anos, 21 – 29, 30 – 39 e ≥ 40 anos, sendo calculada a partir da data de nascimento e da data da entrevista domiciliar.
- ✓ **Tempo de Relacionamento:** esta variável indica em anos completos o tempo de relacionamento da participante com o atual parceiro. Foi classificada em quatro categorias: “<24 meses”, “24 – 60 meses”, “61 – 120 meses” e “> 120 meses”.
- ✓ **Renda mensal:** em salários-mínimos mensais, esta variável ficou dividida em: $\leq$ Um, dois – três ou $\geq$ quatro. Levamos em consideração o valor do salário-mínimo vigente no ano de 2015 que foi de R\$880,00.
- ✓ **Etnia:** esta variável ficou dividida em participantes “brancas” ou “não-brancas”.
- ✓ **Número de gestações:** esta variável indica o número total de gestações da participante e foi dividida em: “primigesta”, “multigesta”.
- ✓ **Via de parto:** indica o tipo de parto realizado na última gestação: parto vaginal ou cesárea.

3.8 Análise dos dados

A análise dos dados coletados foi precedida pela elaboração de um banco de dados no aplicativo Excel Mac 2008 e utilizado um dicionário de dados para a codificação das variáveis. A validação foi feita mediante dupla entrada dos dados e havendo inconsistência entre as duas digitações, foi realizada consulta aos instrumentos.

Foi realizada análise descritiva e comparativa dos dados, utilizando o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Para os testes estatísticos, utilizamos o nível de significância $\alpha = 5\%$.

Foi utilizada a análise univariada dos dados, com o objetivo de descrever e resumir os dados obtidos da amostra (caracterização da amostra e da morbidade materna grave). Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) por meio do teste *Qui-quadrado*, *Mann-Whitney* e *Exato de Fisher*. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvios-padrão, variância e amplitude).

Da mesma forma, comparamos entre os dois grupos os escores de cada domínio, bem como o escore total do FSFI, com valores de média, mediana e desvio-padrão.

3.8.1 Análise de Regressão

Com relação aos dados das questões relacionadas aos domínios Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor da escala FSFI foram criados os escores padronizados. Esses escores consistem em padronizar o valor do Escore em um intervalo unitário (0,1). Eles foram calculados pela seguinte expressão

$$\text{Escore}_{\text{Padronizado}} = \frac{\text{Media} - \text{Mínimo}}{\text{Máximo} - \text{Mínimo}}$$

Onde os valores mínimo e máximo são representados por 1.2 e 6 para o domínio Desejo, 0.8 e 6 para Satisfação e 0 e 6 para os demais domínios. Para trabalhar com o escore padronizado adotou-se o uso da distribuição Beta inflacionada de Zeros e Uns (BEINF), proposta por Ospina e Ferrari (2010), pertencente à classe de modelos aditivos generalizados para posição, escala e forma (GAMLSS). A distribuição Beta Inflacionada de Zeros e Uns, dada por $\text{BEINF}(\mu, \sigma, u, \tau)$, é definida por

$$f_Y(y|\mu, \sigma, \nu, \tau) = \begin{cases} p_0 & \text{if } y = 0 \\ (1 - p_0 - p_1) \frac{1}{B(\alpha, \beta)} y^{\alpha-1} (1 - y)^{\beta-1} & \text{if } 0 < y < 1 \\ p_1 & \text{if } y = 1 \end{cases}$$

Para $0 \leq y \leq 1$, onde $\alpha = \mu(1 - \sigma^2)/\sigma^2$, $\beta = (1 - \mu)(1 - \sigma^2)/\sigma^2$, $p_0 = \nu(1 + \nu + \tau)^{-1}$, $p_1 = \tau(1 + \nu + \tau)^{-1}$, tal que $\alpha > 0$, $\beta > 0$, $0 \leq p_0 \leq 1$, $0 \leq p_1 \leq 1$.

Essa classe de modelos foi introduzida por Rigby and Stasinopoulos (2001, 2005) e Akantziliotou et al. (2002) como uma maneira de contornar algumas das limitações associadas aos Modelos Lineares Generalizados (GLM, Nelder and Wedderburn, 1972) e Modelos Aditivos Generalizados (GAM, Hastie and Tibshirani, 1990).

Um modelo GAMLSS assume que as observações y_i para $i = 1, \dots, n$ com função densidade de probabilidade $f(y_i|\theta^i)$ condicional sobre θ^i onde $\theta^i = (\theta_{i1}, \dots, \theta_{ip})$ é um vetor de parâmetros de tamanho p , cada um relacionado com um conjunto de variáveis independentes. Também assume uma função de relação monótona, dada por $g(\cdot)$, que relaciona o k -ésimo parâmetro θ^k com as variáveis independentes do modelo.

Em muitas situações práticas são requeridos no máximo quatro parâmetros ($p = 4$), usualmente caracterizados pela posição ($\theta_1 = \mu$), escala ($\theta_2 = \sigma$), assimetria ($\theta_3 = \nu$) e curtose ($\theta_4 = \tau$). Enquanto os dois primeiros parâmetros populacionais, aqui denotados por μ e σ , são referidos na literatura por parâmetros de posição (ou locação) e escala, respectivamente, os dois últimos ν e τ são denominados de parâmetros de forma. Com isto, temos os seguintes modelos:

$$\begin{array}{l} \text{Parâmetros de posição} \\ \text{e escala} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} g_1(\mu) = \eta_1 = X_1\beta_1 + \sum_{j=1}^{J_1} Z_{j1}\gamma_{j1}, \\ g_2(\sigma) = \eta_2 = X_2\beta_2 + \sum_{j=1}^{J_2} Z_{j2}\gamma_{j2}, \end{array} \right\}$$

$$\begin{array}{l} \text{Parâmetros de forma} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} g_3(\nu) = \eta_3 = X_3\beta_3 + \sum_{j=1}^{J_3} Z_{j3}\gamma_{j3}, \\ g_4(\tau) = \eta_4 = X_4\beta_4 + \sum_{j=1}^{J_4} Z_{j4}\gamma_{j4}. \end{array} \right\}$$

Onde μ , σ , ν , τ e x_{jk} para $j = 1, \dots, J_k$ e $k = 1, 2, 3, 4$ são vetores de comprimento n , $\beta^k = (\beta_{1k}, \dots, \beta_{J'_k k})$ é um vetor de parâmetros de tamanho J'_k , X_k e Z_k são matrizes de variáveis independentes fixas, conhecidas e de ordens $n \times J'_k$ e $n \times q_{jk}$ respectivamente. Por fim, γ_{jk} é uma variável aleatória q_{jk} -dimensional. Para a distribuição Beta Inflacionada as correspondentes funções de ligação $g(\cdot)$ são dadas por $g_1(\mu) = \text{logito}(\mu)$, $g_2(\sigma) = \text{logito}(\sigma)$, $g_3(\nu) = \log(\nu)$ e $g_4(\tau) = \log(\tau)$.

Com relação ao escore total, a seleção da distribuição da variável resposta foi efetuada através do critério de Informação Bayesiana (BIC). Esse critério é definido como $BIC = -2 * l(\hat{\theta}) + \log(n)$, onde $l(\hat{\theta}) = \sum_{i=1}^n l(\hat{\theta}_i)$ em que $l(\hat{\theta}_i)$ é a função de log-verossimilhança do modelo e n é o número de observações. O modelo com o menor valor de BIC é o modelo selecionado (FLORENCIO, 2010).

Para avaliar a adequação da variável resposta selecionada foi aplicado sobre os resíduos do ajuste o teste de Normalidade de Shapiro-Wilk. A realização das análises dos dados foi realizada através do programa R (R Core Team, 2017) versão 3.4.3 que pode ser baixado gratuitamente em www.r-project.org. com a adoção do nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

3.9 Aspectos Éticos

Para a realização desta pesquisa, foram seguidas as normas de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil.

O estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP sob protocolo nº 37254814.7.0000.5393 (ANEXO C), pela Comissão de Pesquisa do CRSM-MATER sob nº 011/2014 (ANEXO D) e pela Comissão de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP sob protocolo nº 37254814.7.3001.5440 (ANEXO E).

Ao realizarmos a coleta de dados de um projeto, no momento da entrevista com a participante, estamos colhendo suas informações pessoais e íntimas. Apesar do fato de todas elas assinarem ao TCLE aceitando participar da pesquisa, é nosso dever e obrigação manter todos esses dados em absoluto sigilo.

Para garantir o anonimato das participantes e o sigilo dos dados coletados, no instrumento de coleta anotamos apenas um número de identificação de acordo com a ordem das mulheres selecionadas. Tendo em vista o deslocamento das pesquisadoras dos locais de coleta até a EERP,

local onde fica armazenado todo o material da pesquisa, não anotamos o nome da participante, nem mesmo suas iniciais nos instrumentos.

Sendo assim, optamos pelo uso de um caderno de identificação das participantes, o qual fica armazenado em uma sala da EERP onde só têm acesso os pesquisadores responsáveis. Nele colamos as etiquetas das participantes numeradas com o mesmo número do instrumento.

Ao final das entrevistas domiciliares, última fase da coleta de dados, às participantes foi oferecido um telefone de contato para o Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH), o qual presta assistência a mulheres com algum tipo de disfunção sexual independente da idade.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das participantes

4.1.1 Características sociodemográficas e econômicas

Apresentamos na tabela 1 a caracterização sociodemográfica e econômica de todas as participantes do estudo.

Com relação à idade das entrevistadas, no grupo 1 a média foi de 30,0 anos, desvio-padrão (dp) de 5,5 variando de 19 a 41 com mediana de 30,0 anos. No grupo 2, a média foi de 27,1 anos (dp=5,2), variando de 18 a 38 e mediana de 27,0 anos.

No que se refere à cor autorreferida pelas participantes, no grupo 1 tivemos uma prevalência das mulheres que se autodeclararam brancas (19 - 46,3%) seguidas pelas que se consideraram pretas (10 - 24,4%) e pelas pardas (9 - 22,0%). Já, no grupo 2, houve uma predominância de mulheres da cor parda (33 - 47,8%), seguidas pelas brancas (23 - 33,3%) e então pelas que se consideraram da cor preta (10 - 14,5%).

A escolaridade média das participantes do grupo 1 foi de 9,5 anos de estudo (dp=2,8) e variou de três a 17, com mediana de 11,0. Resultados muito parecidos com as participantes do grupo 2, onde houve uma média de 9,7 anos de estudo (dp=2,3), variando de três a 16 com mediana de 10,0.

No que diz respeito à religião, não houve diferença entre os grupos sendo a religião católica a mais referida pelas participantes, tanto do grupo 1 (24 - 58,5%) quanto do grupo 2 (33 - 47,8%), seguida pelas evangélicas, com 14 (34,1%) e 24 (34,8%) respectivamente. O mesmo ocorreu com a ocupação das participantes, onde nos dois grupos a maioria das mulheres não estava exercendo atividade remunerada, sendo 24 (58,6%) do grupo 1 e 52 (75,3%) do outro grupo.

Quanto aos estados civil e marital, a maioria do grupo 1 era solteira (28 - 68,3%) e vivia com o companheiro (39 - 95,1%) e apenas duas (4,9%) tinham parceiro mas não viviam junto, enquanto no grupo 2 a maioria era casada (35 - 50,7%) e vivia com o companheiro (66 - 95,7%) e três (4,3%) tinham parceiro mas não viviam junto.

No que diz respeito ao tempo de relacionamento, enquanto no grupo 1 prevaleceram as mulheres que estavam com os parceiros há mais de 10 anos (17 - 41,5%), sendo a média de 110 meses (dp=70,9), variando de cinco a 300 meses, no outro grupo prevaleceram as mulheres que estavam com os parceiros na faixa de dois a cinco anos (29 - 42,0%), com uma média de 95 meses (dp=64,3), variando de dois a 300 meses.

Com relação à situação de moradia das participantes do grupo 1, 16 (39,0%) moravam em casa alugada, 15 (36,6%) tinham residência própria e 10 (24,4%) moravam em casa emprestada. No grupo 2, 31 (44,9%) tinham casa própria, 21 (30,4%) pagavam aluguel e 17 (24,6%) moravam em casa emprestada.

Quanto ao intervalo salarial, não houve diferença entre os dois grupos, sendo o mais frequente o intervalo de dois a três salários-mínimos mensais (46,4% no grupo 1 e 43,5% no grupo 2), seguidos pelas mulheres que relataram receberem menos de um salário por mês (29,3% no grupo 1 e 27,5% no grupo 2). A média salarial no grupo 1 foi de 2,6 (dp=1,7), variando de um a sete salários-mínimos com mediana de dois e no outro grupo obtivemos uma média de 2,0 (dp=1,28), variando de um a nove com mediana de dois.

Nos dois grupos prevaleceu o companheiro como provedor da família e apenas uma (2,4%) participante do grupo 1 e três do grupo 2 (4,3%) referiram serem provedoras da família.

Tabela 1 - Distribuição das participantes com morbidade materna grave (Grupo 1) e sem morbidade materna grave (Grupo 2) segundo as características sociodemográficas e econômicas. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	Grupos				p*
	1		2		
	n	%	n	%	
Idade (anos completos)					0,013
18 – 20	2	4,9	9	13,0	
21 – 29	15	36,6	39	56,5	
≥ 30	24	58,5	21	30,4	
Cor autorreferida					
Branca	19	46,3	23	33,3	
Não-Branca	22	53,7	46	66,7	
Escolaridade (anos completos)					
Um – oito	12	29,3	19	27,5	
Nove – 11	26	63,4	46	66,7	
≥ 12	3	7,3	4	5,8	
Religião					
Católica	24	58,5	33	47,8	
Evangélica	14	34,1	24	34,8	
Espírita	2	4,9	1	1,4	
Testemunha de Jeová	0	0,0	2	2,9	
Crê em Deus mas não tem religião	1	2,4	9	13,0	
Ocupação					
Desempregada	12	29,3	15	21,7	
Do lar	12	29,3	37	53,6	
Mercado Formal/Informal	17	41,5	17	24,6	
Estado civil					Continua

				Conclusão
Variáveis	n	%	n	%
Solteira	28	68,3	33	47,8
Casada	13	31,7	35	50,7
Divorciada/Separada	0	0,0	1	1,4
Estado marital				
Vive com o parceiro	39	95,1	66	95,7
Tem um parceiro, mas não vive junto	2	4,9	3	4,3
Tempo de relacionamento (meses)				
< 60	15	36,6	32	47,1
61 – 120	9	22,0	16	23,5
> 120	17	41,5	20*	29,4
Moradia				
Própria	15	36,6	31	44,9
Alugada	16	39,0	21	30,4
Emprestada	10	24,4	17	24,6
Renda familiar mensal em salários-mínimos				
≤ Um	12	29,3	19	27,5
Dois – Três	19	46,4	30	43,5
≥ Quatro	8	19,5	4	5,8
Não sabe	2	4,8	16	23,2
Provedor da família				
Participante	1	2,4	3	4,3
Companheiro	20	48,8	47	68,1
Ambos	16	39,0	13	18,8
Outros	4	9,8	6	8,7
Total	41	100	69	100

* Valor de p para o teste Qui-quadrado de Pearson

4.1.2 Características comportamentais

Apresentamos na Tabela 2 as características comportamentais de todas as participantes do estudo.

Com relação ao hábito de fumar, ingerir bebida alcoólica e fazer uso de drogas ilícitas, a maioria das participantes tanto do grupo 1 quanto do grupo 2 não tinha o hábito. Das seis participantes fumantes do grupo 1, a média de cigarros diária consumida foi de 14 (dp=14,7) com mínimo de dois e máximo de 40. Já, as três participantes do grupo 2 que fumaram, obtivemos uma média diária de 8,6 (dp=9,8), variando de três a 20 cigarros. Nenhuma afirmou usar algum tipo de droga ilícita.

Tabela 2 - Distribuição das participantes dos Grupos 1 e 2 segundo as características comportamentais. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	Grupos			
	1		2	
	n	%	n	%
Hábito de fumar da participante				
Sim	6	14,6	3	4,3
Não	35	85,4	66	95,7
Hábito de beber da participante				
Não bebe	31	75,6	50	72,5
Bebe ao menos uma vez por mês	10	24,4	19	27,5
Total	41	100	69	100

4.1.3 Características obstétricas

Apresentamos na tabela 3 as características obstétricas de todas as participantes do estudo.

Com relação ao número de consultas realizado durante o pré-natal, os resultados não mostraram grandes diferenças entre os grupos. No grupo 1, tivemos uma média de 8,1 ($dp=2,7$), variando de duas a 14, com mediana de 8 consultas. No grupo 2, os resultados mostraram uma média de 9,0 ($dp=2,2$), variando de três a 15 e uma mediana de 9 consultas.

Nos dois grupos, a maioria das participantes 28 (68,3%) no grupo 1 e 40 (58%) no grupo 2 não planejou a última gestação. Com relação ao desejo de seguir em frente com a gravidez, a maioria respondeu que foi desejada, sendo 35 (85,4%) do grupo 1 e 61 (88,4%) do grupo 2.

No que se refere ao número de gestações, os resultados foram praticamente os mesmos nos dois grupos. No grupo 1 tivemos uma média de 2,4 ($dp=1,5$), variando de uma a oito, com mediana de 2,0 gestações. No grupo 2, também tivemos uma média de 2,4 ($dp=1,4$), variando de uma a sete e com a mesma mediana do outro grupo.

Os mesmos dados se repetem quanto ao número de partos das participantes, porém o que diferiu nos dois grupos foi o tipo de parto apresentado na última gestação. No grupo 1 a maioria das participantes 24 (58,6%) fez cesárea, enquanto no grupo 2, a via de parto que mais apareceu foi a vaginal (42 – 60,9%).

Com relação à ocorrência de aborto ao menos uma vez na vida, tivemos no grupo 1 13 (31,7%) participantes que já tiveram aborto, sendo uma média de um ($dp=0,2$), variando de um a dois, com mediana de 1,0 aborto. No grupo 2, 18 (26,0%) já tiveram algum aborto, com uma média de 1,2 ($dp=0,4$), variando de um a dois e mediana também de 1,0 aborto.

Tabela 3 - Distribuição das participantes dos Grupos 1 e 2 segundo as características obstétricas. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	Grupos			
	1		2	
	n	%	n	%
A última gestação foi planejada				
Sim	13	31,7	29	42,0
Não	28	68,3	40	58,0
A última gestação foi desejada				
Sim	35	85,4	61	88,4
Não	6	14,6	8	11,6
Número de consultas de pré-natal				
Uma – cinco	6	14,6	4	5,8
≥ Seis	33	80,5	65	94,2
Ignorado/em branco	2	4,9	0	0,0
Número de gestações				
Primigesta	13	31,7	20	28,9
Multigesta	28	68,3	49	71,1
Número de partos				
Primípara	16	39,0	23	33,3
Múltipara	25	61,0	46	66,7
Via de parto na última gestação				
Vaginal	17	41,4	42	60,9
Cesárea	24	58,6	27	39,1
Ocorrência de aborto alguma vez na vida				
Sim	13	31,7	18	26,0
Não	38	68,3	51	74,0
Total	41	100	69	100

4.1.4 Características ginecológicas e sexuais das participantes

Com relação à idade da menarca das participantes, no Grupo 1, tivemos uma média de 12,47 anos (dp = 1,78), sendo a idade mínima de 9 anos e a idade máxima de 16 anos. Já, no Grupo 2, a média de idade foi de 12,54 (dp=1,65), com a mesma idade mínima e máxima das mulheres do Grupo 1. No que se refere à idade da primeira relação sexual consentida, no Grupo 1, obtivemos uma média de idade de 16,95 anos (dp=3,3), sendo a idade mínima de 13 anos e a máxima de 32. No Grupo 2, a média foi de 16,29 anos, com mínima de 11 e máxima de 25 anos, sendo que nos dois grupos, todas as mulheres tiveram apenas um parceiro sexual no último ano e apenas 4 do Grupo 1 relataram a ocorrência de DST também no último ano.

Quando perguntadas sobre o uso de método contraceptivo ao longo da vida, apenas uma mulher do Grupo 1 relatou nunca ter utilizado pelo menos algum método, sendo que o mais utilizado

tanto no Grupo 1 quanto no Grupo 2, foi o preservativo masculino, correspondendo a 90,2% e 95,6% respectivamente e o menos frequente foi o DIU de cobre nas mulheres do Grupo 1 e o preservativo feminino nas mulheres do Grupo 2.

Ao serem indagadas sobre a ocorrência de DST no último ano, responderam afirmativamente 14,6% das mulheres do Grupo 1, e 10,1% do Grupo 2, sendo que todas realizaram o tratamento.

Com relação ao uso de algum método no último ano, no Grupo 1, 29,2% das participantes não utilizaram nenhum tipo e no Grupo 2, apenas 14,4% das mulheres não fizeram uso de método contraceptivo.

No que diz respeito à saúde sexual, quando perguntadas sobre o que sentem na maioria das vezes nas relações sexuais, os dois grupos tiveram respostas semelhantes, com a maioria afirmando sentir prazer sendo que quatro (9,8%) do grupo 1 e três (4,3%) do grupo 2 afirmaram sentirem dor.

Tabela 4 - Distribuição das participantes dos Grupos 1 e 2 segundo aspectos de saúde ginecológicos e sexuais. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	Grupos			
	1		2	
	n	%	n	%
Utilização de método contraceptivo ao longo da vida				
Sim	40	97,6	69	100,0
Não	1	2,4	0	0,0
Utilização de método contraceptivo no último ano				
Sim	29	70,7	59	85,5
Não	12	29,3	10	14,5
Ocorrência de doença sexualmente transmissível				
Sim	6	14,6	7	10,1
Não	35	85,4	62	89,9
Frequência de idas ao ginecologista antes de engravidar				
Mais de uma vez ao ano	10	24,4	21	30,4
Anualmente	17	41,5	33	47,8
A cada dois anos	2	4,9	2	2,9
Somente quando está com problemas de saúde	11	26,8	8	11,6
Nunca foi	1	2,4	5	7,2
Motivo das idas às consultas				
Rotina	29	70,7	56	81,2
Queixas de saúde	11	26,8	8	11,6
Não se aplica (não vai ao ginecologista)	1	2,4	5	7,2
Frequência de relações sexuais antes de engravidar				
Mais de uma vez por dia	1	2,4	5	7,2
Diariamente	16	39,0	15	21,7
Duas ou mais vezes por semana	18	43,9	36	52,2
Uma vez por semana	5	12,2	10	14,5
Quinzenalmente	1	2,4	2	2,9

Mensalmente	0	0,0	1	1,4
Anualmente	0	0,0	0	0,0
Frequência de relações sexuais na última gravidez				
Mais de uma vez por dia	0	0,0	1	1,5
Diariamente	8	19,5	9	13,0
Duas ou mais vezes por semana	9	22,0	20	29,1
Uma vez por semana	6	14,7	9	13,0
Quinzenalmente	6	14,7	16	23,2
Mensalmente	5	12,1	7	10,1
Não tem	7	17,0	7	10,1
O que sente na maioria das vezes na relação sexual				
Prazer	30	73,2	51	73,9
Dor	4	9,8	4	4,3
Desconforto	4	9,8	9	13,0
Nada	3	7,3	6	8,7
Frequência da vontade de ter relação sexual				
Sempre	7	17,1	16	23,2
Na maioria das vezes	14	34,1	32	46,4
Às vezes	17	41,5	17	24,6
Nunca	3	7,3	4	5,8
Total	41	100	69	100

4.1.5 Resultados Neonatais

Apresentamos na tabela 5 os resultados neonatais de todas as participantes do estudo.

Podemos observar que a idade gestacional da criança ao nascer, baixo peso e o local de encaminhamento do RN após o parto apresentaram associações estatisticamente significantes entre os grupos, onde no Grupo 1, as mulheres são mais propensas a terem filhos prematuros, com baixo peso e a terem seus filhos encaminhados à UCI, quando comparadas com as mulheres do Grupo 2.

Tabela 5 - Resultados e características dos recém-nascidos das participantes dos Grupos 1 e 2. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	Grupos				p
	1		2		
	n	%	n	%	
RN prematuro (< 37 semanas)					<0,001
Sim	15	36,6	5	7,2	
Não	26	63,4	64	92,8	
Sexo					
Feminino	19	46,3	28	40,6	
Masculino	22	53,7	41	59,4	
Apgar no primeiro minuto de vida					
10 – sete	35	87,5	61	91,0	

Seis – quatro	4	10,0	3	4,5
Três – zero	1*	2,5	3**	4,5
Apgar no quinto minuto de vida				
10 – sete	39	97,5	67	100,0
Seis – quatro	1	2,5	0	0,0
Três – zero	0*	0,0	0**	0,0
Baixo peso ao nascer (< 2500 gramas)				
				<0,001
Sim	12	29,3	2	2,9
Não	29	70,7	67	97,1
Amamentação na primeira hora de vida				
Sim	5	12,2	21	30,4
Não	9	22,0	16	23,2
Ignorado/em branco	27	65,8	32	46,4
Contato pele a pele após o nascimento				
Sim	10	25	24	34,8
Não	13	32,5	38	55,1
Ignorado/em branco	17*	42,5	7	10,1
Intercorrências ao nascer				
Sim	34	85,0	60	87,0
Não	6*	15,0	9	13,0
Procedimentos realizados na sala de parto				
Sim	27	67,5	62	89,9
Não	13*	32,5	7	10,1
Local de encaminhamento do RN				
				0,004
Alojamento Conjunto	30	75,0	65	94,2
Unidade de Cuidados Intermediários	10*	25,0	4	5,8
Intercorrências durante a internação				
Sim	19	47,5	34	49,3
Não	21*	52,5	35	50,7
Tipo de aleitamento materno na alta hospitalar				
Aleitamento materno exclusivo	35	87,5	66	95,7
Aleitamento materno predominante	3	7,5	3	4,3
Aleitamento materno misto	1	2,5	0	0,0
Não está amamentando	1*	2,5	0	0,0
Óbito neonatal				
Sim	1	2,4	0	0,0
Não	40	97,6	69	100,0
Total	41	100	69	100

*Valor de p para o teste qui-quadrado;

* n = 40 em decorrência de um óbito neonatal

** n = 67 em decorrência de dois nascimentos em casa

4.2 Morbidade Materna Grave

Apresentamos na tabela abaixo a caracterização das participantes quanto ao tipo de MMG apresentado durante a última gestação. Vale ressaltar que descrevemos na tabela apenas as morbidades encontradas neste estudo.

Tabela 6 - Caracterização das participantes quanto ao tipo de morbidade materna grave apresentado durante a última gestação. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	n	%
Distúrbios hemorrágicos	3	7,3
Descolamento prematuro da placenta	2	66,7
Hemorragia anteparto	1	33,3
Distúrbios hipertensivos	34	83,0
Pré-eclâmpsia grave	13	38,2
Eclâmpsia	2	5,9
Hipertensão grave	16	47,1
Síndrome HELLP	3	8,8
Outras doenças sistêmicas	4	9,7
Convulsões	2	50,0
Crise da tireoide	2	50,0
Total	41	100,0

4.3 Saúde sexual e morbidade materna grave

Neste item, apresentamos os resultados das comparações entre as participantes do grupo 1 com as participantes do grupo 2 no que diz respeito à variável desfecho (disfunção sexual feminina), medida através do *FSFI*.

Para fazer a comparação, utilizamos os escores de cada domínio que é avaliado no instrumento, bem como o escore final total, que é a soma dos escores de cada um, sendo que para cada domínio avaliado, foi calculado um valor de média, mediana, desvio-padrão e valores mínimos e máximos, descritos na tabela 7.

Quanto à associação entre a variável dependente “ocorrência de disfunção sexual feminina” e a variável independente “morbidade materna grave”, não houveram valores estatisticamente significantes, como podemos observar na tabela abaixo. No entanto, os valores de média das mulheres do Grupo 1 são menores do que as mulheres do Grupo 2, podendo demonstrar uma tendência maior ao desenvolvimento de algum tipo de disfunção sexual, inclusive no escore total, onde obtivemos um valor de 25,03 nas mulheres do Grupo 1, evidenciando predisposição à disfunção sexual, já que o valor de corte do instrumento é de 26,55.

Tabela 7 - Valores de média, mediana, desvio-padrão (dp), mínimo e máximo dos escores total e de cada domínio apresentado no FSFI das participantes com MMG (HC) e das participantes dos Grupos 1 e 2 na última gestação. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Variáveis	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p*
Domínio Desejo							0,051
Grupo 1	3,32	1,48	3,00	1,2	6,0	41	
Grupo 2	3,88	1,18	3,60	1,2	6,0	69	
Domínio Excitação							0,273
Grupo 1	3,65	1,41	3,90	0,0	5,7	41	
Grupo 2	3,99	1,16	3,90	0,0	6,0	69	
Domínio Lubrificação							0,100
Grupo 1	4,47	1,54	4,80	0,0	6,0	41	
Grupo 2	4,95	1,33	5,40	0,0	6,0	69	
Domínio Orgasmo							0,921
Grupo 1	4,24	1,65	4,40	0,0	6,0	41	
Grupo 2	4,28	1,44	4,40	0,0	6,0	69	
Domínio Satisfação							0,131
Grupo 1	4,48	1,44	5,20	1,2	6,0	41	
Grupo 2	4,99	1,00	5,20	1,6	6,0	69	
Domínio Dor							0,161
Grupo 1	4,84	1,63	6,00	0,0	6,0	41	
Grupo 2	4,81	1,35	5,20	0,0	6,0	69	
Escore total do FSFI							0,243
Grupo 1	25,03	6,91	26,60	9,3	34,4	41	
Grupo 2	26,93	6,03	28,00	4,8	36,0	69	

*Valor de p para o teste de Mann-Whitney

4.3.1 Regressão beta-inflacionada

A seguir, apresentamos os resultados encontrados através da análise de Regressão Beta Inflacionada, onde relacionamos as variáveis: faixa etária, tempo de relacionamento, renda, cor, paridade e tipo de parto de cada grupo de mulheres estudado com cada domínio da resposta sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.

Como já explicado anteriormente, esse tipo de análise consiste em se padronizar o valor dos escores e deixa-los em um intervalo unitário entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo for o valor de 1,0, mais satisfatória é a resposta e quanto mais próximo a zero, menos satisfatória é a resposta.

Apresentamos nas tabelas abaixo apenas as variáveis onde foram encontradas associações estatisticamente significantes.

4.3.1.1 Domínio orgasmo e cor

Neste item, podemos verificar que houve associação entre o domínio orgasmo do Instrumento FSFI e a variável cor autorreferida pela participante, independente do hospital, onde as mulheres que se auto-declararam “não brancas” apresentaram melhor desempenho na resposta sexual no domínio orgasmo, quando comparadas com as mulheres que se auto-declararam brancas.

Na tabela abaixo, observamos associação entre as mulheres de cor não branca com o domínio orgasmo ($p=0,0103$), além do fato de a média de pontuação dessas mulheres não-brancas (0,7020) ter sido maior e estar mais próxima do valor 1,0 do que a média das mulheres brancas (0,5942).

Os parâmetros $p0$ ($0,0273 = 2,73\%$) e $p1$ ($0,1909 = 19,09\%$) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio orgasmo da resposta sexual.

Tabela 8 - Associação entre o domínio orgasmo e a cor auto-referida pela participante, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	IC _{95,0%}	
(Intercept)	0,3814	0,1753	2,1760	0,0318	0,5942	0,5095-0,6737	
Mater	0,0478	0,1864	0,2560	0,7982	0,6057	0,4305-0,7573	
Cor Não Branca	0,4752	0,1820	2,6110	0,0103	0,7020	0,5390-0,8259	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_ σ	
(Intercept)	-0,3791	0,0999	-3,793	0,0003	0,4063	0,3601-0,4543	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_v	p0
(Intercept)	-3,3557	0,5873	-5,714	0,0000	0,0349	0,0110-0,1103	0,0273
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_ τ	p1
(Intercept)	-1,4098	0,2434	-5,792	0,0000	0,2442	0,1515	0,1909

4.3.1.2 Domínio satisfação e tempo de relacionamento

Neste item observamos que houve associação entre o domínio Satisfação do instrumento e a variável tempo de relacionamento ($p=0,0339$), independente do hospital, onde as mulheres que estavam se relacionando com o parceiro há mais de 120 meses sentiam-se mais insatisfeitas com a saúde sexual (0,5934) quando comparadas com as mulheres que tinham tempo de relacionamento de até 60 meses as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,7039).

Os parâmetros p_0 (0,0000 = 0%) e p_1 (0,2202 = 22,02%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio satisfação da resposta sexual, demonstrando, neste caso, que nenhuma mulher está completamente insatisfeita neste domínio da resposta sexual.

Tabela 9 - Associação entre o domínio satisfação e o tempo de relacionamento, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	IC _{95,0%}	
(Intercept)	0,8657	0,1945	4,4510	0,0000	0,7039	0,6188-0,7768	
Mater	0,2430	0,1971	1,2330	0,2204	0,7519	0,5845-0,8672	
Tempo de relacionamento de 61a120	-0,3171	0,2452	-1,293	0,1989	0,6338	0,4223-0,8038	
Tempo de relacionamento >120	-0,4876	0,2268	-2,150	0,0339	0,5934	0,3899-0,7692	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI $_{\sigma}$	
(Intercept)	-0,2530	0,1023	-2,473	0,0151	0,4371	0,3885-0,4869	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI $_v$	p_0
(Intercept)	-16,540	423,180	-0,039	0,9690	0,0000	0,0000	0,0000
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI $_T$	p_1
(Intercept)	-1,2646	0,2312	-5,471	0,0000	0,2824	0,1795-0,4442	0,2202

4.3.1.3 Domínio dor e MMG

Este item apresentou associação entre a dor e a MMG, independente das variáveis apresentadas anteriormente (faixa etária, tempo de relacionamento, renda, cor, paridade e tipo de parto), ou seja, as mulheres do Grupo 1 são mais propensas a apresentarem dispareunia quando comparadas com as mulheres do Grupo 2. Seguem abaixo as tabelas demonstrando que a associação encontrada é independente das variáveis citadas, com destaque nos valores de $p < 0,05$ somente na variável Hospital.

4.3.1.3.1 Hospital e faixa etária

Observamos neste item a associação entre dor e MMG ($p = 0,0027$), demonstrando que as mulheres do Grupo 1 (0,6665) sofrem com dispareunia, independente da faixa etária, quando

comparadas com as mulheres do Grupo 2, as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,7973).

Os parâmetros p_0 (0,0273 = 2,73%) e p_1 (0,3364 = 33,64%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio dor da resposta sexual.

Tabela 10 - Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parametros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	IC _{95,0%}	
(Intercept)	0,6922	0,3542	1,9540	0,0534	0,6665	0,4995-0,8000	
Mater	0,6776	0,2201	3,0780	0,0027	0,7973	0,5607-0,9238	
Faixa etária de 21-29	-0,3018	0,3312	-0,911	0,3643	0,5964	0,2783-0,8499	
Faixa etária de 30 ou mais	-0,1352	0,3431	-0,394	0,6944	0,6358	0,3080-0,8726	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_σ	
(Intercept)	-0,4745	0,1115	-4,254	0,0000	0,3836	0,3334-0,4364	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_v	p0
(Intercept)	-3,1499	0,5896	-5,342	0,0000	0,0429	0,0135-0,1361	0,0273
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_τ	p1
(Intercept)	-0,6376	0,2033	-3,137	0,0022	0,5286	0,3548	0,3364

4.3.1.3.2 Hospital e tempo de relacionamento

Observamos neste item a associação entre dor e MMG ($p=0,0039$), demonstrando que as mulheres do Grupo 1 (0,6511) sofrem com dispareunia, independente do tempo de relacionamento, quando comparadas com as mulheres do Grupo 2, as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,7821).

Os parâmetros p_0 (0,0275 = 2,75%) e p_1 (0,3394 = 33,94%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio dor da resposta sexual.

Tabela 11 - Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	IC _{95,0%}	
(Intercept)	0,6237	0,2319	2,6900	0,0084	0,6511	0,5422-0,7462	
Mater	0,6543	0,2215	2,9550	0,0039	0,7821	0,5961-0,8972	
Tempo de relacionamento de 61a120	-0,3311	0,2559	-1,294	0,1987	0,5726	0,3400-0,7771	
Tempo de relacionamento >120	-0,1522	0,2272	-0,670	0,5045	0,6157	0,3945-0,7976	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_ σ	
(Intercept)	-0,4794	0,1122	-4,275	0,0000	0,3824	0,3320-0,4355	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_v	p0
(Intercept)	-3,1355	0,5898	-5,316	0,0000	0,0435	0,0137-0,1381	0,0275
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_ τ	p1
(Intercept)	-0,6232	0,2038	-3,058	0,0028	0,5362	0,3596-0,7995	0,3394

4.3.1.3.3 Hospital e renda

Observamos neste item a associação entre dor e MMG ($p=0,0045$), demonstrando que as mulheres do Grupo 1 (0,8025) sofrem com dispareunia, independente da renda, quando comparadas com as mulheres do Grupo 2, as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,6638).

Os parâmetros p_0 (0,0330 = 3,30%) e p_1 (0,3407 = 34,07%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio dor da resposta sexual.

Tabela 12 - Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	IC _{95,0%}	
(Intercept)	0,6803	0,2387	2,850	0,0055	0,6638	0,5529-0,7592	
Mater	0,7215	0,2470	2,922	0,0045	0,8025	0,6106-0,9132	
Renda de 2 a 3 salários	-0,3538	0,2469	-1,433	0,1556	0,5809	0,3486-0,7822	
Renda >4 salários	-0,2450	0,3612	-0,678	0,4994	0,6071	0,3229-0,8336	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_ σ	
(Intercept)	-0,4190	0,1249	-3,355	0,0012	0,3968	0,3399-0,4566	

Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_v	p0
(Intercept)	-2,9444	0,5923	-4,971	0,0000	0,0526	0,0165-0,1681	0,0330
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_τ	p1
(Intercept)	-0,6091	0,2232	-2,729	0,0077	0,5438	0,3511-0,8423	0,3407

4.3.1.3.4 Hospital e cor

Observamos neste item a associação entre dor e MMG ($p=0,0045$), demonstrando que as mulheres do Grupo 1 (0,5914) sofrem com dispareunia, independente da cor, quando comparadas com as mulheres do Grupo 2, as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,7321).

Os parâmetros p0 (0,0273 = 2,73%) e p1 (0,3364 = 33,64%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio dor da resposta sexual.

Tabela 13 – Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	LI_μ	LS_μ	
(Intercept)	0,3697	0,2035	1,816	0,0722	0,5914	0,4927	0,6832	
Mater	0,6358	0,2187	2,908	0,0045	0,7321	0,5444	0,8621	
Cor não branca	0,2498	0,2007	1,244	0,2161	0,6501	0,4569	0,8040	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_σ	LS_σ	
(Intercept)	-0,4803	0,1116	-4,302	0,0000	0,3822	0,3320	0,4350	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_v	LS_v	p0
(Intercept)	-3,1499	0,5896	-5,342	0,0000	0,0429	0,0135	0,1361	0,0273
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_τ	LS_τ	p1
(Intercept)	-0,6376	0,2033	-3,137	0,0022	0,5286	0,3548	0,7873	0,3364

4.3.1.3.5 Hospital e paridade

Observamos neste item a associação entre dor e MMG ($p=0,0025$), demonstrando que as mulheres do Grupo 1 (0,6125) sofrem com dispareunia, independente da paridade, quando

comparadas com as mulheres do Grupo 2, as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,7575).

Os parâmetros p_0 (0,0273 = 2,73%) e p_1 (0,3364 = 33,64%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio dor da resposta sexual.

Tabela 14 – Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Mu	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	IC _{95,0%}	
(Intercept)	0,4577	0,2545	1,798	0,0750	0,6125	0,4897-0,7224	
Mater	0,6814	0,2200	3,097	0,0025	0,7575	0,5521-0,8879	
Multigesta	0,0358	0,2205	0,162	0,8713	0,6209	0,3923-0,8060	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_σ	
(Intercept)	-0,4637	0,1117	-4,152	0,0001	0,3861	0,3357-0,4391	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_ν	p0
(Intercept)	-3,1499	0,5896	-5,342	0,0000	0,0429	0,0135-0,1361	0,0273
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_τ	p1
(Intercept)	-0,6376	0,2033	-3,137	0,0022	0,5286	0,3548-0,7873	0,3364

4.3.1.3.6 Hospital e tipo de parto

Observamos neste item a associação entre dor e MMG ($p=0,0028$), demonstrando que as mulheres do Grupo 1 (0,6217) sofrem com dispareunia, independente do tipo de parto, quando comparadas com as mulheres do Grupo 2, as quais apresentaram valores mais próximos a 1,0 (0,7635).

Os parâmetros p_0 (0,0273 = 2,73%) e p_1 (0,3364 = 33,64%) indicam, respectivamente, a porcentagem de mulheres dos dois grupos completamente insatisfeitas e satisfeitas no que se refere ao domínio dor da resposta sexual.

Tabela 15 – Associação entre o domínio dor e a MMG, em um modelo de regressão Beta Inflacionada. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Parâmetros Um	Beta1	EPBeta1	valor t	p-valor	Média	LI_μ	
(Intercept)	0,4969	0,2107	2,358	0,0202	0,6217	0,5210-0,7130	
Mater	0,6748	0,2204	3,062	0,0028	0,7635	0,5810-0,8825	
Parto Cesárea	-0,0210	0,2008	-0,105	0,9169	0,6168	0,4181-0,7829	
Parametros Sigma	Beta2	EPBeta2	valor t	p-valor	Σ	LI_σ	
(Intercept)	-0,4634	0,1117	-4,149	0,0001	0,3862	0,3357-0,4392	
Parametros Nu	Beta3	EPBeta3	valor t	p-valor	N	LI_v	p0
(Intercept)	-3,1499	0,5896	-5,342	0,0000	0,0429	0,0135-0,1361	0,0273
Parametros Tau	Beta4	EPBeta4	valor t	p-valor	T	LI_τ	p1
(Intercept)	-0,6376	0,2033	-3,137	0,0022	0,5286	0,3548-0,7873	0,3364

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das participantes do estudo

5.1.1 Características sociodemográficas, econômicas e obstétricas

Os resultados do presente estudo demonstraram que prevaleceram as mulheres com idade maior do que 30 anos no Grupo 1, quando comparadas com as mulheres do Grupo 2 onde a maioria tinha entre 21 e 29 anos. Esses dados estão de acordo com um estudo realizado em Campinas (MARQUES et al., 2008), onde os autores afirmaram ser a idade a única variável estatisticamente significativa ao compararem os dois grupos de participantes, sendo as mulheres mais velhas diagnosticadas com algum tipo de MMG.

Com relação aos anos de escolaridade e estado marital, nosso estudo não encontrou diferenças significativas entre os grupos, o que confirma os resultados desse mesmo estudo realizado em Campinas.

Um estudo multicêntrico realizado em 29 países com o objetivo de caracterizar a MMG demonstrou que além da maioria das mulheres terem mais do que 35 anos de idade, a via de parto predominante foi a cesárea (ROSEN, 2005), corroborando os dados do presente estudo, onde 58,6% das mulheres do Grupo 1 tiveram cesárea, enquanto que no Grupo 2 a maioria teve parto vaginal.

5.1.2 Características neonatais

Com relação aos resultados neonatais, evidenciou-se neste estudo que os recém-nascidos de mães do Grupo 1 são mais propensos à prematuridade, baixo peso e a serem encaminhados para a UCI após o nascimento, quando comparados com RN de mães do Grupo 2. Autores de um estudo de revisão das repercussões perinatais em mães hipertensas mostraram que 33% dos RN nascem prematuros e afirmaram que a prematuridade é um dos fatores de agravamento das altas taxas de mortalidade neonatais (CECATTI, 2015). O mesmo estudo indicou que conceptos de mães que tiveram pré-eclâmpsia têm maiores chances de internação na UTI neonatal além do fato de nascerem pequenos para a idade gestacional, corroborando os dados do presente estudo.

O enfermeiro, responsável pelo atendimento de pré-natal nos serviços de saúde, é considerado por vários estudiosos como um profissional de extrema importância na manutenção da vida da mãe e do bebê, através da implementação de cuidados especializados, visando tanto à

prevenção e promoção da saúde quando à recuperação das gestantes que manifestaram alguma intercorrência (NOUR et al., 2015; LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999).

5.2 Morbidade materna grave

Dentre os tipos de MMG, os distúrbios hipertensivos foram a maioria. Esse resultado é compatível com os dados encontrados no Marrocos, em Campinas e em um estudo multicêntrico, desenvolvido em 37 maternidades de todas as regiões do Brasil (WIEGEL, MESTON, ROSEN, 2005; SAY, SOUZA, PATTINSON, 2009; PACAGNELLA, 2008), onde a hipertensão foi a morbidade mais comum encontrada entre as participantes dos estudos.

Um estudo de revisão integrativa que objetivou investigar as evidências na literatura sobre as mulheres com crises hipertensivas na gravidez mostrou que a hipertensão é uma das complicações que mais aparece na prática clínica, estando em primeiro lugar entre as causas de óbitos maternos. Os mesmos autores afirmam que a hipertensão arterial complica de 7 a 10% de todas as gestações, evidenciando a necessidade de estratégias e intervenções no sentido de prevenção e qualificação do sistema de saúde, onde as gestantes necessitam de um cuidado de pré-natal distinto, com uma avaliação mais criteriosa, exames específicos e ações que visam à redução da mortalidade e morbidade materna grave (SAY, SOUZA, PATTINSON, 2009; ASSARAG, 2015).

Diante dos resultados expostos pelo presente estudo, evidenciou-se ainda que dentre os distúrbios hipertensivos, 39% das mulheres apresentaram hipertensão grave e 43,9% foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e Síndrome HELLP, doenças estas que podem ser prevenidas através da sensibilização da população gestante quanto à importância de um pré-natal bem realizado.

5.3 Saúde sexual das participantes

No que diz respeito à função sexual feminina, o presente estudo demonstrou que 44,5% das mulheres apresentaram pontuação menor do que 26,55 no FSFI, indicando predisposição à disfunção sexual. Esse dado é consistente com os resultados encontrados nos Estados Unidos, onde o índice de DSF chega a atingir 43% das mulheres americanas (SOUZA et al., 2014; GONZALES, 2015). No Brasil, a DSF chega a atingir índices de 68% (GANABA et al., 2010; CABRAL et al., 2013; CAMARGO et al., 2011).

Embora este estudo não tenha demonstrado associação estatisticamente significativa entre a MMG e a DSF, a média do escore obtido pelo FSFI nas mulheres do Grupo 1, foi abaixo de 26,55 caracterizando uma predisposição à disfunção sexual, diferentemente do escore encontrado no Grupo 2 onde a média foi maior do que 26,55. Um estudo realizado na cidade de Campinas – SP comparou esses dois grupos de mulheres, utilizando o mesmo instrumento (FSFI), e os resultados encontrados também não demonstraram associação entre os dois grupos, porém o escore abaixo de 26,55 foi encontrado tanto no grupo das mulheres com morbidade quanto no grupo controle (GANABA et al., 2010).

A partir da análise de regressão Beta Inflacionada, nosso estudo encontrou associação significativa entre alguns domínios do questionário FSFI e algumas variáveis: orgasmo e etnia, satisfação e tempo de relacionamento e dor com MMG, corroborando os dados de um estudo que encontrou associação entre a disfunção sexual e etnia (ROGERS et al., 2003; ANDREUCCI, 2015). Um estudo encontrado na literatura que avaliou a influência da MMG na função sexual feminina, utilizou como análise de associação a regressão logística múltipla não encontrou essa associação (ANDREUCCI, 2015). Os autores justificam esses achados através da falta de um instrumento validado especificamente para mulheres que tiveram algum tipo de morbidade materna grave, tendo em vista que o FSFI é um instrumento utilizado para mulheres em geral sem condições prévias de saúde.

Apesar de alguns autores afirmarem que a função sexual feminina está diretamente ligada à qualidade de vida, da mesma forma que a satisfação sexual associa-se com a função sexual⁽³²⁾, essa informação contrasta com o fato de que a saúde sexual das mulheres é um tópico muito incomum de ser avaliado por profissionais da saúde em uma consulta de rotina⁽³³⁾.

Embora a Enfermagem seja uma área ligada ao cuidado da sexualidade, há uma grande lacuna no ensino das escolas superiores, tanto na graduação quanto na pós-graduação com relação ao assunto, dificultando na formação de enfermeiros os quais chegam ao mercado de trabalho encontrando dificuldades em abordar o tema com os pacientes^(35,35).

Limitações do estudo

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- ✓ Por ser um estudo do tipo transversal, uma limitação característica é o fato dos dados serem coletados em apenas um momento da vida dessas mulheres. Dessa forma não há como afirmar que as mulheres que tiveram pontuação menor do que 26,55 já não tinham anteriormente algum tipo de disfunção sexual. Em um estudo prospectivo de coorte, os dados seriam coletados em vários momentos e haveria um seguimento da vida sexual dessas mulheres. Nesse contexto, ressalta-se a importância da abordagem do tema nas consultas de rotina. Deve-se levar em consideração que a sexualidade ainda é um assunto onde sua abordagem gera desconforto;
- ✓ Muitas mulheres podem ter se sentido acanhadas no momento da entrevista;
- ✓ O instrumento utilizado foi projetado para ser aplicado em mulheres sem nenhum tipo de agravamento à saúde, e, dessa forma, avaliar apenas os aspectos biológicos da saúde sexual da mulher, quando já sabemos que a vida sexual sofre influência de inúmeros aspectos, não somente os físicos e biológicos;
- ✓ Não existe na literatura um instrumento específico para avaliar a saúde sexual de mulheres que tiveram um evento de morbidade materna grave;
- ✓ Tivemos um grande número de perdas durante o estudo, e ao final, ficamos com um *n* reduzido.

Todavia, devemos levar em consideração alguns pontos importantes do estudo, como por exemplo a ênfase nos aspectos éticos durante as entrevistas, onde foi imprescindível que a mulher estivesse sozinha durante a coleta de dados a respeito de sua saúde sexual; o fato de apenas a pesquisadora principal ter realizado a coleta de dados domiciliares, evitando-se assim os vieses de coleta que ocorrem quando há um número maior de entrevistadores e por fim, a utilização da análise de regressão beta inflacionada, permitindo-nos comparar as respostas das participantes com relação aos domínios estudados no instrumento, visto que o mesmo não apresenta os mesmos intervalos de escore, impossibilitando assim, a comparação entre os grupos.

Conclusões

7 CONCLUSÕES

- ✓ Este estudo demonstrou que apesar de não haver associação estatisticamente significativa entre MMG e DSF, como foi demonstrado pelo resultado final do instrumento, grande parte da população feminina sofre com pelo menos algum tipo de disfunção sexual, tenha ela ou não algum tipo de morbidade materna, como demonstrado no estudo onde a satisfação sexual está associada ao menor tempo de relacionamento com o parceiro, bem como onde mulheres com MMG apresentaram dispareunia quando comparadas com mulheres sem nenhum agravo na gestação.
- ✓ A sexualidade nos dias atuais é um assunto difícil a ser tratado, tanto pela falta de conhecimento dos profissionais quanto pelo constrangimento causado pelo tema.
- ✓ A saúde sexual é muito pouco abordada nas consultas de rotina e o motivo pode ser por falha nos ensinamentos de graduação ou mesmo por profissionais e pacientes se sentirem constrangidos ao falar sobre o assunto. Em vista disso, os profissionais de enfermagem, por serem os primeiros a terem contato com os pacientes, podem ser melhor capacitados tanto para a abordagem do tema, quanto para o reconhecimento de alterações na saúde sexual, promovendo maiores vínculos e consequentemente maior promoção da saúde.
- ✓ No que se refere às morbidades maternas graves, o pré-natal constitui-se como um período de grande integração entre as gestantes e o profissional de enfermagem. Nesse contexto, o profissional pode implementar ações que visem à prevenção de agravos e ao reconhecimento de sinais e sintomas condizentes com uma gestação de alto risco.
- ✓ Não obstante, apesar desse estudo não ter encontrado associações entre a MMG e a DSF, os resultados demonstraram que grande parte da população feminina é acometida por essas duas condições, as quais estão diretamente ligadas à melhor qualidade de vida.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. et al. 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*, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004.
- ABDO, C. H. N. et al. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 6, p. 424-429, 2006.
- AKANTZILIOTOU, K. RIGBY, R. A. AND STASINOPOULOS, D. M. (2002). The R implementation of Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape. In: Stasinopoulos, M. and Touloumi, G. (eds.), *Statistical modelling in Society: Proceedings of the 17th International Workshop on statistical modelling*, pp. 75–83. Chania, Greece
- ALTHOF, S. E. et al. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 31, p. 153-166, 2005.
- AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 9, p. 484-489, 2007.
- AMARAL, E. et al. A population-based surveillance study on severe acute morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: The Voglioma Project. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, v. 11, p. 9, 2011.
- ANDREUCCI, C. B. et al. Does Severe Maternal Morbidity Affect Female Sexual Activity and Function? Evidence from a Brazilian Cohort Study. *Public Library of Science One*. v. 10, n. 12, 2015.
- ASSARAG, B. et al. Consequences of severe obstetrics complications on women's health in Morocco: please, listen to me! *Trop Medical International Health*. v. 10, n. 11, p.1406-14, 2015.
- BASSON, R. The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.
- _____. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*, v. 11, n. 6, p. 714-725, 2004.
- BEZERRA, I. F. D.; SOUZA, V. P. S.; SANTOS, L. C.; VIANA, E. S. R. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Natal, RN, v. 37, n. 6, p. 266-271, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª edição. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança, Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. 5ª edição. – Brasília : 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos [DATASUS]. Brasília, MS, 2012. Available at <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. – I Ed. - Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2013. 300 p.

CABRAL, P. U. et al. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 120, n. 3, p. 271-274, 2013.

CALLAGHAN, W. M.; CREANGA, A. A.; KUKLINA, E. V. Severe maternal morbidity among delivery and postpartum hospitalizations in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, v. 120, p. 1029-1036, 2012.

CAMARGO et al. Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. *Clinical Science*, v. 66, n. 8, p. 1376-1372, 2011.

CARVALHO, G. M. D.; GONZÁLES, A. I.; STIES, S. W.; LIMA, D. P.; NETO, A. S.; CARVALHO, T. Exercício Físico e sua influência na saúde sexual. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde, Santa Catarina*, v. 16, n. 1, p. 77-81, 2015.

CECATTI, J. G. et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threat in morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. *Reproductive health*, v.6, 2009.

CECATTI, J. G. et al. Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. *Reproductive Health*, v. 8, p. 22, 2011.

CECATTI, J. G. et al. Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v.123, n. 6, p.946-53, 2015.

DE SOUZA, A. et al. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. doi: 10.1111/1471-0528.13331, 2015.

FERES, J. C.; MANCERO, X. El método de lasnecesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones em América Latina (Serie Estudios estadísticos y prospectivos). Santiago: CEPAL: Naciones Unidas, 2001.

FLORENCIO, L. A. (2010). ENGENHARIA DE AVALIAÇÕES COM BASE EM MODELOS GAMLSS. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, CCEN, Estatística, 2010.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. Fundamentos de epidemiologia. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

- GANABA et al. Women's sexual health and contraceptive needs after a severe obstetric complication ("Near miss"): a cohort study in Burkina Faso. *Reproductive Health*, v. 7, p. 22, 2010.
- GELLER, S. E. et al. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. *Journal American Medicine Womens Association*, v. 57, p.135-139, 2004.
- GONZÁLES, A. I. et al. Função sexual e aptidão cardiorrespiratória de coronariopatas e hipertensos praticantes de dança. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas, RS, v. 20, n. 4, p. 366-375, 2015.
- HASTIE, T. J. AND TIBSHIRANI, R. J. (1990). *Generalized Additive Models*. Chapman and Hall, London.
- HORON, I. L. Underreporting of maternal deaths on Death Certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health*, v. 95, n. 11, p. 478-482, 2005.
- KAPLAN, H. S. *Disorders of sexual desires and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1979.
- LARA, L. A. S. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.
- LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *International Journal of Impotence Research*. 11, Suppl 1, S60-4, 1999.
- LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiology Service Saúde*, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008.
- MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B., EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. *Revista Ciências Médicas*. Campinas. v. 3-6, n.17, p.175-183. 2008.
- MARTINEZ, L. More education in the diagnosis and management of 5. sexual dysfunction is needed. *Fertility and Sterility*, v. 89, n. 4, p. 1035, 2008.
- MASTERS, W. C.; JOHNSON, V. E. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; 1966.
- MENDONÇA, C. R. et al. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 40, n. 4, p. 196-202, 2012.
- MESTON, C. M.; DEROGATIS, L. R. Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 1. p. 155-164, 2002.
- MORSE, M. L. et al. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 310-322, 2011.
- NELDER, J. A. AND WEDDERBURN, R. W. M. (1972). Generalized linear models. *J. R. Statist. Soc. A.*, 135: 370–384.

- NOUR, et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. *Sanare*, v. 14, n.1, p. 121-8, 2015.
- ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação. Pequim, 1995.
- OSPINA, R.; FERRARI, S. L. P. Inflated beta distributions, *Statistical Papers*, 23, 111-126, 2010.
- PACAGNELLA, R. C. et al. Adaptação transcultural do *Female Sexual Function Index*. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, p. 416-426, 2008.
- PACAGNELLA R. C. et al. Rationale for a long-term evaluation of the consequences of potentially life-threatening maternal conditions and maternal "near-miss" incidents using a multidimensional approach. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 32, n. 8, p. 730-738, 2010.
- PATTINSON, R. C. et al. Can enquiries in to severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. v. 110, p. 889-893, 2003.
- R CORE TEAM (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- RATTRAY, J. E.; HULL, A. M. Emotional outcome after intensive care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 64, p. 2-13, 2008.
- RIGBY, R. A.; STASINOPOULOS, D. M. (2001). The GAMLSS project: a flexible approach to statistical modelling. In: Klein, B. and Korsholm, L. (eds.), *New Trends in Statistical Modelling: Proceedings of the 16th International Workshop on Statistical Modelling*, pp. 249–256. Odense, Denmark.
- RIGBY, R. A. AND STASINOPOULOS, D. M. (2005). Generalized additive models for location, scale and shape, (with discussion). *Appl. Statist.*, 54: 507–554.
- ROGERS, R.G. et al. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *International Urogynecology Journal of Pelvic Floor Dysfunct*, v. 14, n. 3, p. 164-8, 2003.
- ROSEN, R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 26, p. 191-208, 2000.
- ROSEN, R. C. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Fertility and Sterility*. 77 Suppl 4:S89-93, 2002.
- SAY, L.; PATTINSON, R. C.; GULMEZOGLU, A. M. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive health*, v. 1, p. 3, 2004.
- SAY, L., SOUZA, J. P. D.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 23, n. 3, p. 287-296, 2009.

- SMITH, L. J. et al. Sex after 4. seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 4, n. 5, p. 1247-1253, 2007.
- SOUZA et al. Análise epidemiológica da mortalidade materna. *Revista de enfermagem do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 500-6, 2014.
- SOUZA, J. P. D. Uma abordagem abrangente para o estudo populacional do near miss materno. Campinas: Universidade de Campinas, 2008.
- SOUZA, J. P. D. et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organizations 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 88, p. 113-119, 2010.
- SOUZA, J. P. D. et al. Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Group. The WHO maternal near-miss approach and the maternal severity index model (MSI): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *Public Library of Science one*, v. 7e44129, 2012.
- STASINOPOULOS, M. RIGBY, B. AND AKANTZILIOTOU, C. (2008). Instructions on how to use the gamlss package in R Second Edition
- TABASSUM et al. Maternal morbidity as an indicator of maternal health. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, p. 794-796, 2013.
- TUNÇALP, O.; HINDIN, M. J.; SOUZA, J. P. D.; CHOU, D.; SAY, L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *International Journal of obstetrics and gynaecology*, v. 119, p. 653-661, 2012.
- 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*, v. 31, p. 1-20, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory data repository. WHO, 2015. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15?lang=en#>. Acessado em 19 de Janeiro de 2016.
- _____. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO, 2010b. Available at <http://who.int/reproductivehealth>. Acessado em 15 de Julho de 2015.
- _____. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO, 2013. Available at <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternalmortality-2013/en>. Acessado em 15 Julho de 2015.

Apêndices

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (HCFMRP-USP)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MULHERES COM MORBIDADE MATERNA GRAVE

Título da pesquisa: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres após a vivência de um episódio de morbidade materna grave.

Prezada Senhora, gostaríamos de convidá-la a participar de uma pesquisa chamada “*Saúde sexual e reprodutiva de mulheres após a vivência de um episódio de morbidade materna grave*”. O objetivo é saber como ficou a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que tiveram algum tipo de agravo durante a gestação parto ou pós-parto. Nós estamos convidando para participar da pesquisa, mulheres que, como a senhora, tiveram complicações na gravidez, parto ou pós-parto e também algumas mulheres que não tiveram nenhuma complicação, para que possamos comparar um grupo com o outro. Nós somente conseguiremos chegar ao objetivo da pesquisa e contribuir com a melhoria na assistência à saúde, se pudermos comparar suas respostas com as das outras mulheres. Queremos deixar claro que a sua participação nesta pesquisa se justifica por fazer parte do grupo da pesquisa que teve alguma complicação durante a gestação, parto ou pós-parto. Se a senhora concordar em participar, iremos buscar informações sobre sua saúde no prontuário médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. São informações como idade, se a senhora é casada solteira, viúva ou divorciada, anos de estudo, religião, cor da pele, moradia, renda, número de gestações e partos. Depois de seis meses da sua alta desta internação faremos uma entrevista, com duração de mais ou menos 40 minutos que ocorrerá na sua casa ou em qualquer outro lugar em que a senhora se sentir bem, onde iremos conversar sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Iremos lhe perguntar sobre suas gestações, partos, métodos usados para evitar gravidez e sobre sexualidade. São perguntas íntimas, sendo assim, existe a possibilidade de riscos emocionais, como tristeza, angústia ou vergonha durante a entrevista. A qualquer momento, estaremos disponíveis para ouvi-la, caso sinta a necessidade de conversar sobre o assunto. Não será realizado nenhum tipo de exame. Tudo que conversarmos será usado somente para a pesquisa e a senhora nunca será identificada em qualquer momento. A senhora pode interromper a entrevista a qualquer instante, perguntar o que quiser ou mesmo desistir de participar da pesquisa sem que isso prejudique seu atendimento em qualquer serviço de saúde. A senhora terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Quando terminarmos esta pesquisa, nós apresentaremos os resultados em eventos da área da saúde e em jornais científicos. A senhora terá o benefício direto de orientações e ganho de conhecimento relacionados à morbidade materna grave e nós esperamos que os resultados ajudem na melhoria da vida de mulheres que tiveram complicações durante a gravidez, parto e pós-parto e também os profissionais de saúde a melhorarem a forma de cuidar de mulheres com essas complicações. A senhora não terá nenhum gasto com sua participação no estudo. Se preferir outro local para responder às perguntas, que não seja na sua casa, receberá uma ajuda de custo para o transporte até o local de sua preferência.

Nós convidamos a senhora agora a assinar este termo que ficará conosco. São duas vias originais e a senhora ficará com uma delas. Se tiver alguma dúvida, poderá nos procurar a qualquer momento ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP). Este comitê tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa e fica na Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas.

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz
Coordenadora da pesquisa
(16)3602 3419
E-mail: flagomes@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto-SP

Lisiane Camargo Quialheiro de Oliveira
Pesquisadora Responsável
(14) 98139 4240
E-mail: lisiane.alves@usp.br

Nome da participante

Assinatura

Data

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CRSM-MATER)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MULHERES SEM MORBIDADE MATERNA GRAVE

Título da pesquisa: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres após a vivência de um episódio de morbidade materna grave.

Prezada Senhora, gostaríamos de convidá-la a participar de uma pesquisa chamada “*Saúde sexual e reprodutiva de mulheres após a vivência de um episódio de morbidade materna grave*”. O objetivo é saber como ficou a saúde sexual e reprodutiva das mulheres que tiveram algum tipo de agravo durante a gestação parto ou pós-parto. Para isso precisamos conversar também com mulheres que não tiveram nenhuma complicação na gravidez, no parto ou no período pós-parto. E é por esse motivo que estamos convidando-a. Queremos deixar claro que a sua participação nesta pesquisa se justifica por fazer parte do grupo da pesquisa que não teve nenhum tipo de complicação durante a gestação, parto ou pós-parto. Iremos comparar as suas respostas com as respostas das mulheres que tiveram algum tipo de complicação para que possamos contribuir com a melhoria na assistência à saúde. Se a senhora concordar em participar, iremos buscar informações sobre sua saúde no prontuário médico da MATER. São informações como idade, se a senhora é casada solteira, viúva ou divorciada, anos de estudo, religião, cor da pele, moradia, renda, número de gestações e partos. Depois de seis meses da sua alta desta internação na MATER, faremos uma entrevista, com duração de mais ou menos 40 minutos que ocorrerá na sua casa ou em qualquer outro lugar em que a senhora se sentir bem, onde iremos conversar sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Iremos lhe perguntar sobre suas gestações, partos, métodos usados para evitar gravidez e sobre sexualidade. São perguntas íntimas, sendo assim, existe a possibilidade de riscos emocionais, como tristeza, angústia ou vergonha durante a entrevista. A qualquer momento, estaremos disponíveis para ouvi-la, caso sinta a necessidade de conversar sobre o assunto. Não será realizado nenhum tipo de exame. Tudo que conversarmos será usado somente para a pesquisa e a senhora nunca será identificada em qualquer momento. A senhora pode interromper a entrevista a qualquer instante, perguntar o que quiser ou mesmo desistir de participar da pesquisa sem que isso prejudique seu atendimento em qualquer serviço de saúde. A senhora terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Quando terminarmos esta pesquisa, nós apresentaremos os resultados em eventos da área da saúde e em jornais científicos. A senhora terá como benefício direto, orientações e ganho de conhecimento relacionados à morbidade materna grave e nós esperamos que os resultados ajudem na melhora da vida de mulheres que tiveram complicações durante a gravidez, parto e pós-parto e também os profissionais de saúde a melhorarem a forma de cuidar de mulheres com essas complicações. A senhora não terá nenhum gasto com sua participação no estudo. Se preferir outro local para responder às perguntas, que não seja na sua casa, receberá uma ajuda de custo para o transporte até o local de sua preferência.

Nós convidamos a senhora agora a assinar este termo que ficará conosco. São duas vias originais e a senhora ficará com uma delas. Se tiver alguma dúvida, poderá nos procurar a qualquer momento ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP). Este comitê tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa e fica na Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas.

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz
Coordenadora da pesquisa
(16) 3602 3419
E-mail: flagomes@eerp.usp.br
Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto-SP

Lisiane Camargo Quialheiro de Oliveira
Pesquisadora Responsável
(14) 98139 4240
E-mail: lisiane.alves@usp.br

Nome da participante

Assinatura

Data

Apêndice C – Critérios de Morbidade Materna Grave estabelecidos por Cecatti et al., 2009

I. CRITÉRIOS DE MORBIDADE MATERNA GRAVE ESTABELECIDOS POR CECATTI ET AL., 2009		
DISTHEM	()	1.1. Distúrbios Hemorrágicos:() 1 Descolamento prematuro da placenta, 2 Placentaacreta/increta/percreta, 3 Gravidez ectópica, 4 Hemorragiaanteparto, 5 Hemorragia pós-parto, 6 Ruptura uterina, 7 Aborto com hemorragia grave
DISTHIPERT	()	1.2. Distúrbios Hipertensivos:() 1 Pré-eclâmpsia grave, 2 Eclâmpsia, 3 Hipertensão Grave, 4 Encefalopatia Hipertensiva, 5 HELLP Síndrome.
OUTDOENSIST	()	1.3. Outras doenças sistêmicas:() 1 Endometrite, 2 Edema Pulmonar, 3 Insuficiência Respiratória, 4 Convulsões, 5 Sepse, 6 Trombocitopenia<100.000, 7 Crise de tireóide.
INDGRAVIDADE	()	1.4. Indicadores de Gestão de Gravidade:() 1 Transfusão de sangue, 2 Acesso Venoso Central, 3 Histerectomia, 4 Admissão na UTI, 5 Internação prolongada (>7 dias pós-parto), 6 Intubação não relacionada a procedimentos anestésicos, 7 Retorno à sala de cirurgia, 8 Grandes intervenções cirúrgicas.

Anexos

ANEXOS

Anexo A – Booklet utilizado para coleta de dados

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES APÓS A VIVÊNCIA DE UM EPISÓDIO DE MORBIDADE MATERNA GRAVE

Participante

No

Registro no HCFMRP/MATER

Número HYGIA

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

LOCAIS ENVOLVIDOS

HCFMRP-USP - a coleta de dados será feita de segunda a sexta-feira, no horário de almoço.

- i) Unidade de internação em Ginecologia e Obstetrícia no Campus Universitário;
- ii) Centro de Terapia Intensiva;
- iii) Unidade de Emergência da Instituição.

CRSM - MATER - a coleta de dados será feita de segunda a sexta-feira, no horário de almoço, no Alojamento Conjunto.

EERP - USP - o local de centralização de todo o material referente à pesquisa será a sala 108 (Flávia) em um armário identificado como MORBIDADE MATERNA GRAVE.

MATERIAL

Pasta - o material de coleta de dados deverá ficar dentro dos **arquivos de coleta**. A pasta contém a planilha para preenchimento diário, os booklets, os TCLE, uma caneta e um bloco para recados entre os pesquisadores.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- i. mulheres maiores de 18 anos;
- ii. mulheres que atendam aos critérios de morbidade materna grave estabelecidos por Cecatti et al., 2009 para as participantes do HCFMRP-USP;
- iii. mulheres que residam em uma distância de até 60 km de Ribeirão Preto;

PROCEDIMENTOS

- i. Ao chegar na Instituição, pedir à Enfermeira o Censo Hospitalar Diário e identificar as pacientes que estiverem de alta hospitalar;
- ii. Dentre as pacientes que estiverem de alta, identificar aquelas que pertencem aos critérios estabelecidos para morbidade materna grave, maiores de 18 anos e residem no município de Ribeirão Preto;
- iii. Ir até elas na enfermaria em que estiverem internadas, se apresentar como pesquisador e convidá-la a participar da pesquisa;
- iv. Explicar o intuito da pesquisa, ler o TCLE e convidá-la a assinar o termo, caso aceitem participar da pesquisa. Perguntar para a participante o endereço atualizado e telefone para contato, podendo ser do parceiro ou outro parente próximo.
- v. Do prontuário médico, buscar as informações referentes ao episódio de morbidade grave e as características sociodemográficas e econômicas. Caso não esteja descrita alguma característica, perguntar para a participante no dia da entrevista domiciliar.
- vi. Após 180 dias do recrutamento na alta hospitalar, entrar em contato com a participante através do telefone informado para agendar a entrevista (aplicação do FSFI, saúde reprodutiva e possíveis dados faltantes no prontuário).

I. CRITÉRIOS DE MORBIDADE MATERNA GRAVE ESTABELECIDOS POR CECATTI ET AL., 2009		
DISTHEM	()	1.1. Distúrbios Hemorrágicos: () 1 Descolamento prematuro da placenta, 2 Placenta acreta/increta/percreta, 3 Gravidez ectópica, 4 Hemorragia anteparto, 5 Hemorragia pós-parto, 6 Ruptura uterina, 7 Aborto com hemorragia grave
DISTHIPERT	()	1.2. Distúrbios Hipertensivos: () 1 Pré-eclâmpsia grave, 2 Eclâmpsia, 3 Hipertensão Grave, 4 Encefalopatia Hipertensiva, 5 HELLP Síndrome.
OUTDOENSIST	()	1.3. Outras doenças sistêmicas: () 1 Endometrite, 2 Edema Pulmonar, 3 Insuficiência Respiratória, 4 Convulsões, 5 Sepses, 6 Trombocitopenia <100.000, 7 Crise de tireóide.
INDGRAVIDADE	()	1.4. Indicadores de Gestão de Gravidade: () 1 Transfusão de sangue, 2 Acesso Venoso Central, 3 Histerectomia, 4 Admissão na UTI, 5 Internação prolongada (>7 dias pós-parto), 6 Intubação não relacionada a procedimentos anestésicos, 7 Retorno à sala de cirurgia, 8 Grandes intervenções cirúrgicas.

II. RESULTADOS OBSTÉTRICOS – PRONTUÁRIO		
IGINPREN	()	2.1. Idade gestacional no início do pré-natal em semanas: ()
NUMCONPN	()	2.2. Número de consultas pré-natal: ()

III. CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS NEONATAIS – PRONTUÁRIO		
IGCRIANC	()	3.1. Idade gestacional da criança ao nascer em semanas: ()
SEXOCRIA	()	3.2. Sexo da criança: () 1 feminino, 2 masculino
APGARPRI	()	3.3. Apgar 1º minuto: ()
APGARQUI	()	3.4. Apgar 5º minuto: ()
PESONASC	()	3.5. Peso ao nascer em gramas: ()
COMPONASC	()	3.6. Comprimento ao nascer em cm: ()
SUGPRIHR	()	3.7. Sugou na primeira hora pós-parto? () 1 sim, 2 não, 222 ignorado ou em branco
INTENASC	()	3.8. Intercorrências ao nascer: () 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		

CIANNASC	()	3.9. Cianose: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
BRADNASC	()	3.10. Bradicardia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado/em branco
PARENASC	()	3.11. Parada respiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
TOMUNASC	()	3.12. Alteração de tônus muscular: () 1 atonia, 2 hipotonia, 3 hipertonia, 4 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
HIPONASC	()	3.13. Hipotermia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
PRCNASC	()	3.14. Parada cardiorrespiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
DIRENASC	()	3.15. Dificuldade respiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
MALFNASC	()	3.16. Malformação: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
PROCASC	()	3.17. Procedimentos realizados no nascimento? () 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
CONTPELE	()	3.18. Contato pele a pele: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
AVASNASC	()	3.19. Aspiração de vias aéreas superiores: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
OXIGNASC	()	3.20. Oxigênio: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
MASCNASC	()	3.21. Máscara e ambú: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
INTUNASC	()	3.22. Intubação traqueal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
MACANASC	()	3.23. Massagem cardíaca: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
ASPINASC	()	3.24. Aspiração gástrica: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
LAVANASC	()	3.25. Lavagem gástrica: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
RNENCAMI	()	3.26. RN encaminhado para: () 1 Alojamento conjunto, 2 Unidade de cuidados intermediários
TINTEUCI	()	3.27. Se unidade de cuidados intermediários, qual o tempo de permanência em horas? () 999 não se aplica
ENCAOUTR	()	3.28. Recém-nascido encaminhado a outro serviço? () 1 sim, 2 não
INTEINTE	()	3.29. Intorrências durante a internação? () 1 sim, 2 não
Se sim, quais? Marque abaixo.		
HIPOINTE	()	3.30. Hipoglicemia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
DESIINTE	()	3.31. Desidratação: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
ICTEINTE	()	3.32. Ictéria: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
IMPEINTE	()	3.33. Impetigo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco

DIREINTE	()	3.34. Dificuldade respiratória: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (sem intercorrências), 222 ignorado ou em branco
CONTASSI	()	3.35. Durante a internação foi necessário entrar em contato com a assistente social: () 1 sim, 2 não
CONTCTUT	()	3.36. Durante a internação foi necessário entrar em contato com o conselho tutelar: () 1 sim, 2 não
CONTUBS	()	3.37. Durante a internação foi necessário entrar em contato com a UBS : () 1 sim, 2 não
CONTPSF	()	3.38. Durante a internação foi necessário entrar em contato com o PSF: () 1 sim, 2 não
TEMPINTE	()	3.39. Tempo de internação em dias: ()
AMALTAHO	()	3.40. Início do aleitamento materno, em horas de vida: () 1 aleitamento materno exclusivo, 2 aleitamento materno predominante, 3 aleitamento materno misto ou parcial, 4 não está amamentando
OBITNEON	()	3.41. Óbito neonatal durante a internação: () 1 sim, 2 não
OBITHORA	()	3.42. Se sim, com quantas horas de vida? () 999 não se aplica (não houve óbito neonatal)

IV. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS - ENTREVISTA		
DATANASC	()	4.1. Data de nascimento: ____/____/____
CORAUTO	()	4.2. Cor auto referida: () 1 branca, 2 preta, 3 amarela, 4 parda, 5 vermelha
ESCODEADE	()	4.3. Escolaridade em anos estudados: ()
RELIGIAO	()	4.4. Religião: () 1 católica, 2 evangélica, 3 espírita, 4 protestante, 5 judaica, 6 afro-brasileira, 7 budista, 8 muçulmana, 9 testemunha de Jeová, 10 anglicana, 11 agnóstico, 12 ateu, 13 creio em Deus, mas não tenho religião, 14 não tem, 15 outras _____
OCUPACAO	()	4.5. Ocupação: () 1 desempregada, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante
HBTOFUMO	()	4.6. Hábito de fumar: () 1 sim, 2 não (Vá para 4.8)
NUMCIGARS	()	4.7. Número de cigarros/dia: () 222 não sabe, 999 não se aplica (não fuma)
HBTOTEBE	()	4.8. Hábito de beber: () 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/semana, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
USODROGA	()	4.9. Uso de drogas ilícitas: () 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/semana, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês
ESTCIVIL	()	4.10. Estado civil: () 1 solteira, 2 casada, 3 viúva, 4 divorciada/separada
ESTMARIT	()	4.11. Estado marital: () 1 vivendo com um companheiro independente do sexo, 2 tem um parceiro mas não vive junto, independente do sexo
TEMPRELA	()	4.12. Tempo de relacionamento em meses: ()
NASCCOMP	()	4.13. Data de nascimento do companheiro: ____/____/____ () 222 não sabe
ESCOCOMP	()	4.14. Escolaridade do companheiro em anos estudados: () 222 não sabe
OCUPCOMP	()	4.15. Ocupação do companheiro: () 1 desempregado, 2 do lar, 3 mercado formal, 4 mercado informal, 5 estudante
FUMOCOMP	()	4.16. Hábito de fumar do companheiro: () 1 sim, 2 não (Vá para 4.18)
NCIGCOMP	()	4.17. Número de cigarros/dia: () 222 não sabe, 999 não se aplica (não fuma)
BEBECOMP	()	4.18. Hábito de beber do companheiro: () 1 não bebe, 2 bebe todos ou quase todos os dias, 3 bebe uma ou duas vezes/sem, 4 bebe uma a três vezes/mês, 5 bebe menos de uma vez/mês
DROGCOMP	()	4.19. Uso de drogas ilícitas pelo companheiro: () 1 não usa, 2 usa todos ou quase todos os dias, 3 usa uma ou duas vezes/sem, 4 usa uma a três vezes/mês, 5 usa menos de uma vez/mês

MORADIA	()	4.20. Situação de moradia: () 1 própria, 2 alugada, 3 emprestada, 4 invadida
RENDA	()	4.21. Renda familiar em salários mínimos: () 222 não sabe
PROVEDOR	()	4.22. Provedor da família: () 1 participante, 2 companheiro, 3 ambos, 4 outros _____
CONVCOMP	()	4.23. Convivência com companheiro, na maioria das vezes: () 1 boa, 2 ruim
CPOSFILH	()	4.24. Com esta gestação a convivência mudou? () 1 não mudou, 2 piorou, 3 melhorou

V. CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS – ENTREVISTA		
MENARCA	()	5.1. Idade da menarca em anos: () 222 não sabe
IDRELASE	()	5.2. Idade da primeira relação sexual consentida, em anos: () 222 não sabe
CONTRACE	()	5.3. Ao longo da vida você utilizou algum método contraceptivo? () 1 sim, 2 não (Vá para 5.25)
Se sim, qual(is) o(s) método(s)?		
HORMORAL	()	5.4. Hormonal oral: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
HORMINJE	()	5.5. Hormonal injetável: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
HORMADES	()	5.6. Hormonal adesivo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
ANELVAGI	()	5.7. Anel vaginal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
IMPLANTE	()	5.8. Implantes: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
DIUCOBRE	()	5.9. DIU cobre: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
DIULEVON	()	5.10. DIU com levonogestrel: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
LAQUTUBA	()	5.11. Laqueadura tubária: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
VASECTOM	()	5.12. Vasectomia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
PRESMASC	()	5.13. Preservativo masculino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
PRESFEMI	()	5.14. Preservativo feminino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
ESPERMICI	()	5.15. Espermicida: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
DIAFRAGM	()	5.16. Diafragma: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
COITOINT	()	5.17. Coito interrompido: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
TABELINH	()	5.18. Tabela: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
TEMPBASA	()	5.19. Temperatura corporal basal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
MUCOCERV	()	5.20. Muco cervical: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
AMENLACT	()	5.21. Amenorreia lactacional: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
PILUEMER	()	5.22. Pílula de emergência: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método ao longo da vida)
MAISTEMP	()	5.23. Qual você usou por mais tempo? () 1 hormonal oral, 2 hormonal injetável, 3 hormonal adesivo, 4 anel vaginal, 5 implantes, 6 DIU cobre, 7 DIU com levonogestrel, 8 laqueadura tubária, 9 vasectomia, 10 preservativo masculino, 11 preservativo feminino, 12 espermicida, 13 diafragma, 14 coito interrompido, 15 tabela, 16 temperatura corporal basal, 17 muco cervical, 18 amenorreia lactacional, 19 pílula de emergência, 999 não se aplica (nunca usou método contraceptivo ao longo da vida)

TEMPMETD	()	5.24. Qual o tempo de uso deste método, em meses? () 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca usou método contraceptivo ao longo da vida)
CONSULTAN	()	5.25. Você usou algum método contraceptivo no último ano: () 1 sim, 2 não (Vá para 5.45)
Se sim, qual(is) o(s) último(s) método(s) utilizado(s) no último ano?		
HORMULTA	()	5.26. Hormonal oral: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
HOINULTA	()	5.27. Hormonal injetável: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
HOADULTA	()	5.28. Hormonal adesivo: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
ANELULTA	()	5.29. Anel vaginal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
IMPLULTA	()	5.30. Implantes: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
DIUCULTA	()	5.31. DIU cobre: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
DIULULTA	()	5.32. DIU com levonogestrel: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
LAQTULTA	()	5.33. Laqueadura tubária: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
VASEULTA	()	5.34. Vasectomia: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
PRMAULTA	()	5.35. Preservativo masculino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
PRFEULTA	()	5.36. Preservativo feminino: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
ESPEULTA	()	5.37. Espermicida: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
DIAFULTA	()	5.38. Diafragma: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
COITULTA	()	5.39. Coito interrompido: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
TABEULTA	()	5.40. Tabela: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
TEMPULTA	()	5.41. Temperatura corporal basal: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
MUCOULTA	()	5.42. Muco cervical: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
AMENULTA	()	5.43. Amenorreia lactacional: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
PILEULTA	()	5.44. Pílula de emergência: () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não usou método no último ano)
MOTINOUS	()	5.45. Se não, por quê? () 1 aspectos relacionadas a mulher, 2 ao parceiro, 3 aos serviços de saúde, 999 não se aplica (usou método no último ano)
QUEMESCO	()	5.46. De quem foi a escolha do método contraceptivo usado no último ano: () 1 própria mulher, 2 companheiro, 3 profissional de saúde, 4 ambos escolheram, 999 não se aplica (não usou método contraceptivo no último ano)
MOTIESCO	()	5.47. Motivo da escolha do método contraceptivo no último ano: () 1 segurança e eficácia, 2 acesso facilitado, 3 melhor adaptação, 4 outro _____, 999 não se aplica (não usou)
PRSVTIVO	()	5.48. Uso de preservativo feminino ou masculino concomitante com o método de escolha no último ano: () 1 preservativo feminino, 2 preservativo masculino, 3 ambos, 4 não usou, 999 não se aplica (não usou método contraceptivo no último ano), 222 preservativo foi o método de escolha do último ano
QUEMPSVT	()	5.49. De quem é a opção/decisão por usar o preservativo? () 1 própria mulher, 2 companheiro, 3 ambos, 4 profissional de saúde, 5 outros, 999 não se aplica (não usa preservativo)
DST	()	5.50. Você já teve algum tipo de Doença Sexualmente Transmissível (DST)? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe (Vá para 5.56 caso a resposta seja 2 ou 222)

TTODST	()	5.51. Se sim, você fez o tratamento? () 1 sim, 2 não, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve)
TTOCOMP	()	5.52. Se sim, seu companheiro precisou fazer o tratamento? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve)
TTCOMFEZ	()	5.53. Se sim, o companheiro fez o tratamento? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica (não teve DST ou não sabe se teve ou não foi necessário o parceiro fazer o tratamento)
DSTMAISX	()	5.54. Você teve alguma DST mais de uma vez? () 1 sim, 2 não, 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca teve DST)
QTASVEZS	()	5.55. Se sim, quantas vezes? () 222 não sabe, 999 não se aplica (nunca teve DST ou teve só uma vez)
GINECSTA	()	5.56. Quando não está grávida, você costuma ir ao ginecologista com qual frequência? () 1 mais de uma vez ao ano, 2 anualmente, 3 a cada dois anos, 4 somente quando está com problema de saúde, 5 nunca foi ao ginecologista
MOTCONSU	()	5.57. Por qual motivo você vai à consulta? () 1 rotina, 2 quando tem queixas, 999 não se aplica (não vai ao ginecologista)
CORRIMEN	()	5.58. Você tinha corrimento vaginal antes da gravidez? () 1 sim, 2 não
FREQCORR	()	5.59. Se sim, com qual frequência? () 1 uma vez ao ano, 2 duas vezes ao ano, 3 três ou mais vezes ao ano, 999 não se aplica (não tinha corrimento)
FREQRSEX	()	5.60. Frequência das relações sexuais antes de engravidar: () 1 mais de uma vez por dia, 2 diariamente, 3 uma vez por semana, 4 duas ou mais vezes por semana, 5 quinzenalmente, 6 mensalmente, 7 anualmente
FRSEXGES	()	5.61. Frequência das relações sexuais na última gravidez: () 1 mais de uma vez por dia, 2 diariamente, 3 uma vez por semana, 4 duas ou mais vezes por semana, 5 quinzenalmente, 6 mensalmente, 7 anualmente, 999 não se aplica (não tem)
RELACSEX	()	5.62. Na maioria das vezes, na relação sexual o que você sente? () 1 prazer, 2 dor, 3 desconforto, 4 nada
FREQVONT	()	5.63. Quando você tem relação sexual, com qual frequência você sente vontade de ter relação sexual: () 1 sempre, 2 na maioria das vezes, 3 às vezes, 4 nunca
NUMPARCE	()	5.64. Número de parceiros sexuais no último ano: () 222 não lembra
NUMPAVID	()	5.65. Número de parceiros sexuais ao longo da vida: () 222 não lembra

VI. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS – ENTREVISTA		
NUMGESTA	()	6.1. Número de gestações: ()
GESTPLAN	()	6.2. Última gestação foi planejada? () 1 sim, 2 não
GESTDESE	()	6.3. Última gestação foi desejada? () 1 sim, 2 não
NUMPARTO	()	6.4. Número de partos: ()
PARTNORM	()	6.5. Número de partos normais anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto normal anterior)
PARTCESA	()	6.6. Número de cesáreas anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto cesárea anterior)
FORCIPE	()	6.7. Número de partos com fórceps anteriores: () 999 não se aplica (não teve parto com fórceps anterior)
NUMABORT	()	6.8. Número de abortos: () 999 não se aplica (não teve)
<p>Como foi esse aborto?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

<p>Tem alguma coisa que você relaciona o fato de ter abortado?</p>		
PARTPREM	()	6.9. Parto prematuro anterior: () 1 sim, 2 não
PESOPREM	()	6.11. Peso que o prematuro nasceu em gramas: () 999 não se aplica, 222 não sabe
CAUSPAPR	()	6.12. Causa do parto prematuro: () 999 não se aplica, 222 não sabe
<p>Relaciona ter tido parto prematuro com algo que aconteceu naquele período? Ou porque você acha que teve parto prematuro?</p>		
NUMFILH	()	6.13. Número de filhos vivos: ()
FILHMORT	()	6.14. Você teve algum filho que nasceu morto? () 1 sim, 2 não
<p>Qual a causa do óbito?</p>		
FIMONASC	()	6.15. Você teve algum filho que morreu logo após o nascimento? () 1 sim, 2 não
<p>Qual a causa do óbito?</p>		

Anexo B – Female Sexual Function Index

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA – ENTREVISTA

Instruções:

Estas questões são sobre seus sentimentos e respostas sexuais nas últimas 4 semanas.
Suas respostas serão mantidas em sigilo (segredo) completo.

PARA CADA ITEM, MARQUE APENAS UMA RESPOSTA

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

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

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais.

Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

Sem atividade sexual

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo

☐ () Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Altíssima confiança
- ☐ () Alta confiança
- ☐ () Moderada confiança
- ☐ () Baixa confiança
- ☐ () Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Sempre ou quase sempre
- ☐ () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ () Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ () Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Sempre ou quase sempre
- ☐ () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ () Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ () Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Extremamente difícil ou impossível
- ☐ () Muito difícil
- ☐ () Difícil
- ☐ () Pouco difícil
- ☐ () Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Sempre ou quase sempre
- ☐ () Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ () Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

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

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

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

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente

- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Indiferente
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Não houve tentativa de penetração
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ Não houve tentativa de penetração
- ☐ Sempre ou quase sempre
- ☐ Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- ☐ Não houve tentativa de penetração
- ☐ Altíssimo
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Baixíssimo ou nenhum

ESCORE DAS RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO

1. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)

- (2) Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- (5) Muito alto
- (4) Alto
- (3) Moderado
- (2) Baixo
- (1) Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode parecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (metade das vezes)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação sexual durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito alto
- (4) Alto
- (3) Moderado
- (2) Baixo
- (1) Muito baixo ou nenhum

5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu grau de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Altíssima confiança
- (4) Alta confiança
- (3) Moderada confiança
- (2) Baixa confiança
- (1) Baixíssima ou nenhuma confiança

6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)

- (3) Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

7. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco difícil
- (5) Nada difícil

9. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de dificuldade para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Sempre ou quase sempre
- (4) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Àlgumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (2) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (1) Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o grau de dificuldade para atingir o orgasmo (clímax)?

- (0) Sem atividade sexual
- (1) Extremamente difícil ou impossível
- (2) Muito difícil
- (3) Difícil
- (4) Pouco Difícil
- (5) Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- (0) Sem atividade sexual
- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o grau de satisfação na relação sexual com seu parceiro?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o grau de satisfação com sua vida sexual?

- (5) Muito satisfeita
- (4) Moderadamente satisfeita
- (3) Indiferente
- (2) Moderadamente insatisfeita
- (1) Muito insatisfeita

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Nunca ou quase nunca

18. Durante as últimas 4 semanas, com que freqüência você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Sempre ou quase sempre
- (2) Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- (3) Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- (4) Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- (5) Nunca ou quase nunca

19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau (nível) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- (0) Não houve tentativa de penetração
- (1) Altíssimo
- (2) Alto
- (3) Moderado
- (4) Baixo
- (5) Baixíssimo ou nenhum

CÁLCULO DOS ESCORES

Domínios	Questões	Variação do Escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo	Escore
Desejo	1,2	1 - 5	0.6	1.2	6.0	
Excitação	3,4,5,6	0 - 5	0.3	0	6.0	
Lubrificação	7,8,9,10	0 - 5	0.3	0	6.0	
Orgasmo	11,12, 13	0 - 5	0.4	0	6.0	
Satisfação	14, 15, 16	0(ou1)- 5	0.4	0.8	6.0	
Dor	17, 18, 19	0 - 5	0.4	0	6.0	
Escore Total				2.0	36.0	

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315-3360 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518 www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br	USP
---	---	--

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 249/2014

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de dezembro de 2014.

Protocolo CAAE: 37254814.7.0000.5393

Projeto: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres após a vivência de um episódio de morbidade materna grave.

Pesquisadores: Flavia Azevedo Gomes-Sponholz
Lisiane Camargo Quialheiro de Oliveira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Flavia Azevedo Gomes-Sponholz
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO D – Aprovação pelo Comitê de Ética do Centro de Referência em Saúde da Mulher

**COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER
DE RIBEIRÃO PRETO - MATER**

Ref.: Projeto de Pesquisa: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no primeiro ano após a vivência de um episódio de morbidade materna grave.

Nº 011/2014

Lisiane C. Quialheiro de Oliveira

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no dia 18/09/2014 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma aula, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater
- 4- Todos os procedimentos relacionados ao projeto de pesquisa que não estejam dentro da rotina do serviço deverão ser realizados pela equipe do projeto, não se utilizando de funcionários da instituição.

Atenciosamente,

DRª. ANA MÁRCIA SPANÓ NAKANO

Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

Av. Wanderley Taffo, nº 330 – Quintino Facci II - CEP 14070-250 – Ribeirão Preto – SP
Fone: (16) 3962-8200 - Fax: (16) 3962-8213

Scanned by CamScanner

ANEXO E – Aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde sexual e reprodutiva de mulheres após a vivência de um episódio de morbidade materna grave

Pesquisador: Lisiane Camargo Quialheiro de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37254814.7.3001.5440

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 931.567

Data da Relatoria: 17/12/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência do responsável pelo local de coleta no HCFMRP-USP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br