Revista Brasileira de Sexualidade Humana
DOI: https://doi.org/10.35919/rbsh.v13i2.594

Sexualidade e agenesia de vagina* 3

Paulo Roberto Bastos Canella**
Lara D. Nowak***

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a vivência afetiva e sexual das mulheres com agenesia de vagina. Foram entrevistadas quinze clientes e os dados foram submetidos a análise qualitativa. Observamos que a maioria das clientes procuraram assistência por amenorréia. A revelação da anomalia gera sensações de ansiedade, dúvida e insegurança quando as clientes se percebem diferentes das demais mulheres em função do defeito. A impossibilidade de procriar é o fator mais marcante a ser trabalhado. Há necessidade de adaptação e para tal é importante o apoio e a cooperação da família e do parceiro, sendo imprescindível a orientação por equipe médica e de psicólogos. Quanto à resposta sexual, observamos que não há interferência

---

* Trabalho derivado da tese de mestrado "Análise do Comportamento Afetivo e Sexual das Mulheres com Agenesia de Vagina" – 1998, de Lara D. Nowak – Instituto de Ginecologia da UFRJ – em colaboração com o Mestrado em Sexologia da UGF.

** Professor Titular do Instituto de Ginecologia da UFRJ e Mestrado em Sexologia – UGF.

*** Mestre em Ginecologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ e Prof. Titular (interino) de Ginecologia da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda.
e-mail: canella@gineco.ufrj.br

Recebido em 17.04.02 Aprovado em 29.04.02

negativa sobre a fisiologia sexual pois, de modo geral, as clientes têm libido, lubrificam-se eficazmente para o coito (quando a vagina foi reconstituída) e relatam orgasmo em freqüência semelhante à população normal. Em relação à dispareunia observamos, em alguns casos, dor na raiz das coxas, exatamente na base dos retalhos cutâneos da enxertia cirúrgica.

A escolha do tratamento deve ser em comum acordo com a cliente e para seu êxito é fundamental a assistência médica e psicológica. Na nossa experiência, a dilatação progressiva foi a melhor opção terapêutica.

SUMMARY

This study was proposed to examine sexual and affective behavior of the women with congenital vaginal absence.

Fifteen patients were interviewed and the subjects were submited to qualitative analysis.

We observed that the clients looked for assistance because of the absence of menstruation and of secondary sexual characters. Dignosis made them feel different and precipitate unpleasant sensations. To improve the adaptation with the agenesis, it was important family and partner support and cooperation. These family and partner must receivemedical and psychological orientation to do so.

About sexual response, we did not observe negative interference on the phisiological sexual response. As a matter of fact, clients refered normal libido, efficient lubrification during sexual intercourse and good orgasmic response after sexual stimulation, like general population. Specially about dyspareunia one patient refered pain just on the flaps botton, used on the confection of the neovaginoplasty.

In our experience progressive dilatation showed effectiveness as the first therapeutic option. It is of fundamental importance that we use medical and psychological assistence in follow-up. Either surgical or nonsurgical treatment must be done with the acceptance on the client, her family and partner, with the medical and psicologyc assistence.

INTRODUÇÃO

A agenesia de vagina é um defeito que rompe com o papel sócio-cultural e biológico da mulher, pois usufruir da vagina traduz-se em praticar o coito, exercendo a sexualidade genital, e em dar à luz, mantendo a espécie.

Ter agenesia de vagina e/ou útero, significa não poder optar em praticar ou não coito vaginal e ter ou não filhos; atitudes que, entre outras, traduzem o exercício da feminilidade. No entanto, a medicina e o médico costumam

ser reducionistas quanto ao tratamento. Limita-se o profissional a diagnosticar etiologicamente, informar sobre a impossibilidade de gravidez e a confeccionar, o mais das vezes cirurgicamente, uma cavidade que permita o coito. Sendo exitoso o tratamento cirúrgico encerra-se a atuação.

Foi pensando nesta problemática existencial que surgiu o interesse de verificar as particularidades da vida das mulheres com agenesia de vagina e/ou útero. O objetivo deste estudo, portanto, foi avaliar estas mulheres com relação às suas queixas, à sua auto-imagem, a como relacionam-se socialmente e com o sexo oposto. Estudamos também as reações ao tratamento médico que as clientes receberam para remediar a anomalia e o fato de não poderem gestar.

A fisiologia sexual das clientes submetidas a neovaginoplastias e a técnicas de dilatação progressiva foi estudada de acordo com William H. Masters e Virginia E. Johnson (1976), "Human Sexual Response", e Helen Singer Kaplan (1983), na obra "O Desejo Sexual".

A SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER

Em 1829, Mayer descreveu a ausência congênita da vagina associada à lábio leporino e anomalias cardíacas e urológicas. Rokitansky, em 1838, descreveu 19 autópsias em adultas com agenesia uterovaginal, sendo 3 associadas a agenesia renal unilateral. Kuster, em 1910, escreveu sobre vários casos similares e salientou a associação de malformações esqueléticas e renais com a anomalia. Hauser e Schreiner, em 1961, enfatizaram a importância de distinguir esta síndrome da Insensibilidade Androgênica, posto que, em ambas, encontra-se defeito no desenvolvimento da vagina. (apud GRIFFIN, 1976)

Griffin (1976) e colaboradores definem a síndrome pelas seguintes características: (1) amenorréia primária associada a ausência congênita de vagina; (2) cariótipo 46,XX; (3) útero variando da ausência completa a cornos rudimentares ou até formação normal; (4) função ovariana normal, inclusive com ovulação; (5) desenvolvimento mamário, proporções corporais e pilificação tipicamente femininas e (6) freqüente associação com anomalias renais, esqueléticas ou outras anomalias congênitas.

Simões (1979), reafirmando a ocorrência da agenesia de vagina na síndrome de Rokitansky, classifica-a em três tipos:

Tipo I – Aquelas em que a anomalia é dupla: vagina e útero estão ausentes ou são rudimentares, e a queixa da cliente pode ser tanto amenorréia quanto impossibilidade de coito.

Tipo II – A anomalia é apenas ou principalmente do útero e a amenorréia primária é a queixa principal, já que há possibilidade de coito.

Tipo III – A anomalia é apenas vaginal, não há possibilidade de coito e a queixa é de dor abdominal já que, o útero, são, menstrua, porém não há caminho para o escoamento do sangue menstrual que se represa no abdômen.

Simões (1979) destaca o primeiro tipo como o mais freqüente na ocorrência da Síndrome de Rokitansky e Griffin (1976) refere-se à síndrome como a segunda causa de amenorréia primária, atrás da disgenesia gonadal e na frente da Insensibilidade Androgênica.

Comumente associadas à síndrome, existem anomalias renais em cerca de 1/3 dos casos e anomalias esqueléticas em 1/10 dos casos. A grande maioria das malformações renais se manifesta por agenesia renal unilateral e ectopia de um ou ambos os rins. De mais rara incidência são os rins fundidos, em ferradura, mal rodados e as anomalias do sistema coletor urinário. Dentre as anomalias esqueléticas, dois terços envolvem a espinha, manifestando-se por escoliose e espinha bífida e o restante por malformações nos braços ou pernas e nas costelas. Como malformações mais raras, destacam-se as lesões cardíacas congênitas, sindactilia, hipoplasia da eminência tenar e hérnias femorais contendo ovários, tubas ou remanescentes de útero. A incidência de hérnias inguinais é maior na Insensibilidade Androgência (Griffin, 1976). Fore et al (1975), referem malformações urológicas em 25 a 50% das mulheres com agenesia de vagina. Tarry et al (1986), observaram seis casos de rins solitários, nos oito descritos da sua casuística.

Diagnostica-se a síndrome nas mulheres com amenorréia primária e/ou dificuldade de coito e com hábitos indubitavelmente femininos (mamas com tecido glandular e pigmentação areolar desenvolvidas, deposição de gordura feminina, pilificação tipicamente feminina e proporções entre membros e tronco normais, inclusive com estatura e desenvolvimento de puberdade normais), associados a ausência de vagina e/ou útero. A propedêutica completar auxilia quando, no exame ultrassonográfico, não se evidência útero ou há imagem sugestiva de sangue represado na pelve, útero ou no segmento superior de vagina, caso este exista. À laparoscopia, observa-se útero ausente, rudimentar ou normal e os ovários normais, podendo apresentar sinais de ovulação. O exame revela vulva tipicamente feminina e vagina em fundo cego, apesar das diferentes profundidades.

Não é necessário o estudo genético na Síndrome de Rokitansky, desde que haja sinais de ação estrôgenica bem determinados e a demonstração de tecido ovariano bilateralmente, seja por ultrassonografia ou laparoscopia. Na dúvida, faz-se imprescindível o estudo genético que verifica a presença do cromossoma Y, portanto a presença de gônoda disgenética, que deve ser retirada. Na síndrome de Rokitansky, tendo em vista a alta incidência de malformações renais, é prudente investigar o trato urinário em busca de malformações, o que pode ser realizado pela ultrassonagrafia ou pela urografia excretora.

Por acreditar na manifestação da sexualidade não apenas como a atitude de "brincar" com os genitais, mas também como a manifestação da própria personalidade e o reflexo das relações sociais de cada pessoa, é que resolvemos, além da avaliação da sexualidade como genitalidade, incluir na pesquisa, as repercussões da anomalia genital sobre a realidade sócio-cultural e afetiva das mulheres.

METODOLOGIA

O interesse sobre o comportamento afetivo e sexual das mulheres com agenesia de vagina surgiu com a convicção de que não era suficiente oferecer a estas clientes apenas uma neovaginoplastia e assim proporcionar a elas apenas a possibilidade de ter relações com penetração. Este procedimento não resolve, na maioria das vezes, os problemas sexuais desencadeados pela malformação. Percebemos assim, que era importante um acompanhamento sócio-psicológico capaz de proporcionar à cliente qualidade sexual à vida.

Aqui, a maneira de desenvolver o estudo perde a característica quantitativa – que enfatiza freqüência de fatos, como eventuais coitos e a verificação da incidência de complicações – e ganha um caráter holístico onde, além da freqüência dos fatos, interessa também o significado da realidade que o defeito (agenesia de vagina) gera nas clientes, assim como a realidade histórica em que isso acontece (Minayo, 1992).

Contrapondo-se à idéia positivista de que o cientista deve se comportar frente ao seu objetivo de estudo livre de juízo de valor, tentando ver o mundo de maneira neutra e objetiva, a metodologia qualitativa prefere considerar o significado emocional dos fatos e realizar a entrevista à luz de uma realidade histórica e social que inclui o observador como integrante da pesquisa. Há, na fala das clientes, enunciados dotados de evidência analítica, nos quais o predicado é propriedade essencial do sujeito. São enunciados com evidência interna, por exemplo: *"mulher tem vagina"*, *"o todo é maior do que a parte"*, etc. A fala também pode ter enunciados extrínsecos, não evidentes por si mesmos, enunciados que não surgem da análise de proposição. O predicado, neste caso, representa uma propriedade apenas possível do sujeito. Estas falas é que foram por nós analisadas, pois traduzem a qualidade que o objeto atribui a si mesmo (Hessem, 1992). Por exemplo: *"quem é que vai me querer assim (sem vagina)?"*

A metodologia da pesquisa qualitativa utiliza, entre outras formas, entrevistas através das quais colhem-se dados que referem-se diretamente ao indivíduo, com ênfase nos aspectos pessoais, não privilegiando a indução quantitativa probalística. Traduz assim, atitudes, valores e opiniões, isto é, evidências, extrínsecas. Estas informações subjetivas só podem ser conseguidas com a contribuição dos atores sociais da verificação, isto é, a cliente e o pesquisador (sujeito e objeto) envolvidos (Minayo, 1992).

No conhecimento, encontram-se frente à frente o sujeito e o objeto. O conhecimento apresenta-se como uma relação entre esses dois elementos que nela permanecem eternamente separados um do outro. O dualismo sujeito/objeto pertence à essência do conhecimento. A função do sujeito é apreender o objeto e a do objeto é ser apreendido (Hessem, 1992). Assim sendo, nossa entrevista foi de caráter semi-estruturado, principalmente pela sua aplicabilidade, porque mesmo parecendo predominantemente estruturada, admitiu outras declarações, que não as respostas às perguntas oferecidas pelo entrevistador.

É no entanto preciso deixar claro que o qualitativo jamais pode divorciar-se completamente das quantidades que com freqüência quantificam qualidades.

Dividimos a entrevista em 8 partes:

> Identificação; queixa principal; imagem corporal; relacionamento social; relacionamento afetivo; vida sexual; gravidez; tratamento.

Para responder ao questionário (anexo 1) as clientes eram convidadas pessoalmente pela autora. Era-lhes explicado que o objetivo do trabalho era avaliar como estavam suas vidas após o diagnóstico e o tratamento, e que também avaliaríamos suas respostas sexuais. Era de nosso interesse saber "Como estavam funcionando suas neovaginas".

MATERIAL

Acompanhamos a evolução e avaliamos 15 clientes entre março de 1996 a junho de 1998. O estudo foi realizado no Ambulatório de Sexologia (Mestrado em Sexologia da UGF) da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ através de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas em ambiente específico e próprio para a metodologia escolhida.

Oito clientes sofreram neovaginoplastia cirúrgica e nas 7 restantes realizamos neovaginoplastia com dilatação progressiva. Das 15, três apresentavam Síndrome de Insensibilidade Androgênica e todas as outras eram portadoras da Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. A entrevista foi aplicada em 15 clientes.

Das operadas, três foram submetidas à operação de McIndoe (McIndoe, 1949), cinco foram operadas pela técnica de Wee (Wee & Joseph, 1989). Das 7 que realizaram dilatação progressiva (Frank, 1938), duas o fizeram já tendo relações porque apresentavam vaginas curtas mas, com magnitude suficiente para tal. As 5 restantes, ao exame, apresentaram vaginas de no máximo quatro centímetros e foram submetidas a dilatação progressiva pela técnica de Frank modificada sob orientação médica e com acompanhamento sexológico. Além dessas, três pacientes operadas pela técnica de Wee também

realizaram dilatação nos mesmos moldes, porque sofreram atresia de suas neovaginas. Uma cliente também operada pela técnica de Wee permanece em dilatação, pois ainda não tem relação sexual com penetração completa.

O critério de inclusão foi portanto, mulheres com agenesia de vagina que referissem vida sexual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 15 clientes, 12 queixavam-se de falta de menstruação. O que levou estas clientes a procurar assistência foi portanto a amenorréia. Duas buscaram assistência por apresentarem mamas pouco desenvolvidas e a última foi ao médico para operar a vagina.

Ressalta-se aqui a importância do acompanhamento do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários bem como o asseguramento da formação da genitália interna, oferecendo às jovens condição de desenvolvimento sexual secundário em tempo normal e assegurando apoio psicológico precoce quando do diagnóstico da agenesia uterina e/ou vaginal.

Sobre a auto-imagem e sobre anatomia, das quinze clientes, oito conhecem a própria anatomia e cinco a desconhecem. Duas consideravam-se muito bonitas e julgavam-se atraentes, três clientes julgaram-se bonitas, duas disseram-se *"bonitinhas"*, seis clientes sentiram-se normais (nem feias nem bonitas), e apenas uma julgou-se feia.

Das quinze mulheres, metade considerou-se normal antes do diagnóstico. Sete mulheres julgaram-se diferentes ou menos mulher, quando relacionaram a pergunta ao fato de não menstruarem ou não apresentarem desenvolvimento sexual secundário.

Langer, Grünberger e Ringler (1990) relataram que suas clientes sentiram-se profundamente embaraçadas com a intromição dos médicos. Sua confusão e curiosidade sobre a anomalia fez com que as clientes se sentissem mais anormais e tensas. Isto é dado para eterna lembrança e reflexão quando nos depararmos com a cliente com agenesia de vagina.

Quando souberam do diagnóstico, treze clientes moravam com os pais, uma com a avó, que foi quem a criou e a outra residia com uma amiga, pois a família morava no Ceará. Na ocasião do diagnóstico, doze clientes sentiram-se apoiadas pela família, e na maioria dos casos as pessoas-chave de apoio foram as mães. Todas as famílias tinham conhecimento do diagnóstico e, em metade das clientes o parceiro também sabia do problema. Apenas duas clientes relataram que o diagnóstico foi do conhecimento de amigos.

Quando questionadas sobre facilidades em fazer amigos, das quinze clientes, onze relataram facilidade ou muita facilidade para tal. Uma disse que hoje tenta fazer amigos, mas quando era jovem (perto da época do diagnóstico), tinha dificuldade; outra relatou pouca facilidade para fazer amigos

e apenas duas clientes referiram-se à dificuldade de fazer amigos. Estas três últimas eram clientes muito tímidas e com outros problemas afetivos que interferem, com certeza, na sua capacidade de se relacionar socialmente. No que se refere a relacionamentos de namoro, treze cliente namoraram antes do diagnóstico. Uma cliente não o fez por acaso, e uma relatou não ter namorado, pois não chamaria de "namoro" os relacionamentos que teve antes do diagnóstico, mesmo que tenha vivido experiências sexuais. Os relacionamentos afetivos surgiram antes do diagnóstico da anomalia na vida das clientes, ou pelo menos, antes que a consciência do diagnóstico pudesse interferir nos relacionamentos. Curiosamente, a agenesia de vagina não fez com que as clientes, de modo geral, sentissem-se inseguras em seus relacionamentos. Com relação à maneira como os parceiros as percebiam, treze julgaram normal.

David e col. (1975) referem que após o diagnóstico o conhecimento da anomalia se torna um obstáculo para as clientes estabelecerem relacionamentos com homens.

Quanto à resposta sexual, apenas uma negou ter desejo sexual. Sobre a lubrificação, doze clientes lubrificam-se eficazmente quando excitadas. Três clientes queixaram-se de secura vaginal. Quando perguntadas sobre orgasmo, apenas três o negaram, porém apenas cinco clientes forneceram descrição de sensação orgástica compatível com a descrita por Master e Johnson (1988).

Quanto às repercussões na qualidade de vida e na vida sexual, o tratamento foi considerado bom ou muito bom por todas as clientes. Acreditamos que a colaboração do médico em proporcionar condição de penetração vaginal beneficia as clientes, pois as adapta aos padrões sociais de exercício da sexualidade. É imprescindível o acompanhamento conjunto psicoterapêutico e/ou sexológico para abrandar reações adversas à anomalia é a proposta terapêutica. Sem a consciência e a colaboração da cliente para o tratamento, seja ele operatório ou não, não há qualquer possibilidade de sucesso e, esta colaboração só se dá quando trabalha-se a sexualidade genital e não genital.

Langer, Grünberger e Ringler (1990) aconselharam apoio interdisciplinar pelo ginecologista e o psicoterapeuta imediatamente após o diagnóstico. Este apoio reforçará uma visão realista da malformação e auxiliará no sucesso terapêutico.

A gravidez foi desejo para a maioria, mas sua impossibilidade não causou problemas maiores para a sexualidade das clientes.

CONCLUSÕES

A pesquisa qualitativa não exclui os dados probabilísticos, na verdade vale-se deles para melhor qualificar. Embora mostrando, pelo pequeno número, apenas tendências, podemos concluir que:

As clientes procuraram assistência por causa da amenorréia.

A agenesia de vagina foi diagnóstico que gerou sensações de diferença e de perda de feminilidade.

As clientes bem esclarecidas sobre o diagnóstico não apresentaram problemas de relacionamento social.

Na família, a ajuda à cliente veio da mãe e foi ela a pessoa chave que ofereceu maior apoio.

Não encontramos problemas nos relacionamentos com parceiros, mas foi pequena a experiência sexual das clientes examinadas neste trabalho.

Sobre a resposta sexual, não houve anormalidades em relação ao desejo e à fase de lubrificação. Metade das clientes referiu-se à dispareunia. A maioria relatou orgasmo, porém apenas 1/3 das clientes forneceu descrição do orgasmo compatível com a de Masters e Johnson.

Metade das clientes julgou a gravidez importante. A outra metade não o fez por "ter se conformado". A maioria já pensou em adoção, mas apenas uma cliente tomou providências para tal.

A repercussão do tratamento foi sempre boa, desde que permitisse a penetração satisfatória. O resultado com a dilatação foi melhor do que com a operação porque forneceu igual resultado em termos de dimensão da vagina ao lado de resultados estéticos dramaticamente melhores. Além disso o acompanhamento conjunto médico – sexológico forneceu excelente suporte emocional para enfrentar a anomalia e persistir no tratamento.

Da experiência vivida com estas clientes, os autores descobriram que não é fácil para a cliente conviver e suportar a agenesia de vagina, principalmente porque a jovem precisa elaborar psiquicamente a notícia da malformação, conscientizar-se da diferença das demais mulheres, arcar com o ônus social nela inserido em especial a impossibilidade de ter filhos. A compensação só pode vir pelo pleno exercício da sexualidade, que em nossa casuística não se mostrou denegrido (apesar da suspeita das "pessoas normais") mas passível de adequação se o ginecologista estiver atento para o fato de que não basta a vagina para ter uma vida sexual plena.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANELLA, P. R. B. *Ausência de Vagina e seu tratamento cirúrgico*. Revista Ginec. Obst. 11:259-262, 1965.

CANELLA, P. R. B. *Agenesia de Vagina*. Scientia Sexualis, 17-22, 1999.

DAVID, A. et al. *Congenital Absence of the Vagina*. Clinical and Psychologic Aspects. Obstet. Gynecol., 46(4): 407-409, oct. 1975.

FORE, S. R. et al. *Urological and Genital Anomalies in Patients with Congenital Absence of the Vagina*. Obstet. Gynecol, 46(4): 410-416, oct. 1975.

FRANK, R. T. *The fromation of na artificial vagina without operation*. Am. J. Obstet. Gynecol. 35:1053, 1938.

GOLDWYN, R. M. *History of Attempts to Form a Vagina*. Plast. Reconst. Surg., 59(3): 319-329, mar. 1977.

GRIFFIN, J. E. et al. *Congenital Absence of the Vagina*. The Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. An. Int. Med., 85 (2): 224-236, aug. 1976.

HESSEM, J. *O Fenômemo do Conhecimento. In:* Hühne, L.M. – Metodologia Científica – Cadernos de Textos e Técnicas. Rio de Janeiro, Agir, 1992.

KAPLAN, E. H. *Congenital Absence of Vagina*. Psychiatric Aspects of Diagnosis and Management. N. Y. J. Med., 68: 1937-1941, 1968.

LANGER, M., GRÜNBERGER, W., RINGLER, M. *Vaginal Agenesis and Congenital Adrenal Hyperplasia*. Psychosocial Sequelae of Diagnosis and Neovagina Formation. Acta. Obstet. Gynecol. Scand, 69: 343-349, 1990.

MASTER, W. H., JOHNSON, V. E. *A Conduta Sexual Humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

MASTER, W. H., JOHNSON, V. E., KOLODNY, R. C. *Sex and Human Loving*. Little, Brown and Company, 1988.

McINDOE, A. *The treatment of congenital absence and obliterative conditions of the vagina*. Br. J. Plast. Surg. 2:254, 1949.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

NOWAK, L. D. *Análise do Comportamento Afetivo e Sexual das Mulheres com Agenesia de Vagina* – Tese de Mestrado – Instituto de Ginecologia da UFRJ – 1998.

SIMÕES, P. M. *Agenesia da Vagina e do Útero*. Rio de Janeiro, 1979. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da UERJ, para concurso ao cargo de Professor Titular de Ginecologia.

TARRY, W. F.,DUCKETT, J. W., STEPHENS, F.D. *The Mayer-Rokitansky Syndrome: Patogenesis, Classification and Manegement*. J. Urology, 136: 648-652, sep. 1986.

WEE, J. T. K., JOSEPH, V. T. *A New Technique of Vaginal Reconstruction Using Neurovascular Pudendal-Thigh Flaps*: A Preliminary Report. Plast. Reconst. Surg., 83(4): 701-709, apr. 1989.

ANEXO 1 – O Questionário

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO AFETIVO E SEXUAL DAS MULHERES COM AGENESIA DE VAGINA

IDENTIFICAÇÃO
Nome, Escolaridade, Religião, Ocupação.

QUEIXA PRINCIPAL

IMAGEM CORPORAL
Você se acha:
- muito bonita
- bonita
- normal
- feia
- muito feia

Idade do Diagnóstico
Como se percebia antes do diagnóstico?
- uma mulher normal
- uma mulher diferente
- menos mulher dos que as outras
- angustiada
- uma mulher aleijada
- não se achava mulher

E depois do diagnóstico? (a)
E depois da operação? (b)

Como se sentiu diante do diagnóstico:
- muito tranqüila
- tranqüila
- indiferente
- ansiosa
- muito ansiosa

Na ocasião do diagnóstico, já imaginava o que era?
Em relação ao problema, como se percebe?
- normal
- esquisita
- mulher
- aleijada
- angustiada
- não mulher

Em relação ao corpo humano, sabe o que é:
- vulva
- grandes lábios

pequenos lábios
vagina
clitóris
útero

Em relação ao seu corpo, sabe o que nele é diferente? O quê?
Tem idéia como seja?

RELAÇÃO SOCIAL

Quando do diagnóstico, mora com os pais? S N
Com quem?
Tem amizades:
com muita facilidade
com facilidade
com pouca facilidade
tem dificuldade
tem muita dificuldade

Quando do diagnóstico, a família deu muito apoio:
apoiou
não ligou
discriminou
ridicularizou

Quem foi a pessoa que mais te apoiou?
Quem mais sabe do problema?

RELACIONAMENTO AFETIVO-SEXUAL

Namorou antes do diagnóstico?
Se não, porque evitava? Tinha medo?
Durante o namoro, como o parceiro te percebia?
Em relacionamentos de namoro?
muito segura
segura
indiferente
insegura
muito insegura

VIDA SEXUAL

Parceiro atual: S N Homem Mulher
Sexarca aos _____ anos.
Intervalo operação....
relação sexual com penetração parcial
relação sexual com penetração completa
relação sexual com dor
relação sexual sem dor
relação sexual com prazer

Números de parceiros até agora?

Desejo	S	N
às vezes		
freqüentemente		
raramente		
Orgasmo	S	N
vaginal		
clitoriano		
Lubrificação	constante	
latente		
intermitente		
Dispareunia	profunda	
	superficial	
	freqüente	
	esporádica	

Com que freqüência se masturba?
Já se masturbou antes da operação?

Tinha orgasmo?	S	N
Orientação sexual	anterior	atual
Heterossexual	anterior	atual
Homossexual	anterior	atual
Bissexual	anterior	atual

GRAVIDEZ

Como se sente em relação a gravidez? Engravidar para você seria?
- muito significante
- insignificante
- pouco significante
- indiferente

Pensa em adoção? S N

OPERAÇÃO

A operação foi para você:
- muito bom
- bom
- indiferente
- ruim
- muito ruim

Você teve follow-up?
Veio aqui após a operação?
Quantas vezes?
Tipo de orientação:
- usou molde
- usou dilatadores

Seguiu as recomendação? O parceiro participou?

sempre	sempre
freqüentemente	freqüentemente
as vezes	as vezes
raramente	raramente
nunca	nunca