

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

**ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTONIA DO COMPLEXO
ESFINCTERIANO ANAL E DISPAREUNIA EM MULHERES ADULTAS**

SAMANTHA FIGUEIREDO FROTA FERNANDES

BRASÍLIA – DF

2012

SAMANTHA FIGUEIREDO FROTA FERNANDES

**ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE HIPERTONIA DO COMPLEXO
ESFINCTERIANO ANAL E DISPAREUNIA EM MULHERES ADULTAS**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de Brasília como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre.**

**Área de concentração: Ciências Aplicadas
em Saúde**

Orientador: Prof. Dr. João Batista de Sousa

BRASÍLIA – DF

2012

Às pacientes, que permitiram que esse trabalho fosse realizado.

*A*GRADECIMENTOS

Ao Estado, pelo auxílio na minha formação, “dos filhos deste solo és mãe gentil”.

À Universidade de Brasília e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, pela oportunidade de estudar nesta instituição. Aos funcionários, pela disposição. Aos docentes, o meu obrigado pelos saberes transmitidos.

Ao meu querido orientador, Professor Doutor João Batista de Sousa. Agradeço toda a hospitalidade, o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o meu trabalho e para minha vida pessoal. Um homem ímpar, que ministrou ao longo dessa jornada muito mais do que conhecimentos em Coloproctologia.

A todo corpo clínico do Serviço de Coloproctologia e Urologia do Hospital Universitário de Brasília, agradeço a confiança e as oportunidades oferecidas, pilares importantes na minha formação profissional.

Aos queridos amigos coloproctologistas Romulo Medeiros de Almeida, Marcelo de Melo Andrade Coura, Valéria Cardoso Pinto e Silvana Marques e Silva, pela realização dos exames.

Às secretárias da Clínica Uniprocto, pelo auxílio no trabalho.

Às amigas de trabalho Monique de Azevedo e Ana Terra Andrade, pela paciência e compreensão.

À minha querida amiga Maria Lúcia Campos Gonçalves, por todos os ensejos para que esta pós-graduação virasse realidade. Obrigada pela confiança, pelo carinho e pelas oportunidades, imprescindíveis na minha vida profissional e pessoal. Um presente de Deus pra mim.

Ao meu pai, a lição mais profunda que vivi de ética. Obrigada por todos os princípios a mim repassados.

À minha mãe e à minha irmã, que embora sejam alheias aos assuntos inerentes a essa dissertação, constituem com muita excelência os pilares da minha história. Obrigada por me amarem incondicionalmente.

À Família Fernandes, que me apoiou em mais esta etapa.

Agradeço, de forma muito carinhosa, a minha melhor metade, Marco Vinícius Fernandes. Sua paciência infinita e sua crença absoluta na capacidade da realização desta

dissertação me fizeram acreditar sempre que tudo daria certo. Por me trazer calma e carinho sempre quando necessitei.

“... Eu te dou graças e te louvo, porque me deste sabedoria e força...”

Bíblia Sagrada, Livro de Daniel, Capítulo 2, Versículo 23.

RESUMO

Existem várias associações entre causas orgânicas e dispareunia, no entanto há poucos estudos que examinam sua relação com a hipertonia da musculatura do assoalho pélvico. Portanto, mulheres com hipertonia neste grupo muscular caracterizam uma amostra relevante para investigar a ocorrência de dispareunia. **Objetivo:** Estudar a possível associação entre hipertonia do complexo esfinteriano anal e dispareunia em mulheres adultas. **Método:** Participaram do estudo 57 mulheres, com idade de 18 a 51 anos, com indicação médica prévia para a realização do exame de manometria anorretal, que foram distribuídas em 2 grupos: Grupo de Estudo (GE), composto por 34 mulheres com diagnóstico manométrico de hipertonia esfinteriana anal, e o Grupo Controle (GC), constituído por 23 mulheres sem o diagnóstico manométrico de hipertonia esfinteriana anal. Todas as pacientes passaram por uma anamnese e responderam ao questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)*, para caracterização da presença ou ausência de dispareunia. **Resultados:** O Grupo GE ficou constituído por 34 mulheres, com média de idade de 35,61 ($\pm 7,67$) anos, e o Grupo GC por 23 pacientes, com média de idade de 35,91 ($\pm 8,36$) anos. O Grupo GC apresentou maior ocorrência de partos normais, episiotomias e contração paradoxal do puborretal, com diferença estatisticamente significativa, quando comparado com o Grupo GE. As pacientes do Grupo GE apresentaram pressão média de repouso e de contração significativamente maiores que as do Grupo GC ($p=0,000$), no entanto proporcionalmente o Grupo GC apresentou mais mulheres com dispareunia (9 pacientes, 39,2%) do que o Grupo GE (10 pacientes, 29,4%) sem diferença estatisticamente significativa. Na análise da correlação entre os domínios dor e lubrificação do questionário FSFI, a força foi maior no Grupo GC, sugerindo que a dispareunia encontrada neste grupo associou-se à falta de lubrificação, e a encontrada no Grupo GE a outros fatores, como a hipertonia do complexo esfinteriano anal. **Conclusão:** A ocorrência de dispareunia nas pacientes avaliadas não pôde ser atribuída à hipertonia do complexo esfinteriano anal.

Descritores: Dispareunia. Assoalho pélvico. Manometria anorretal. Disfunção sexual. Saúde da mulher.

*A*bstract

There are several associations between organic causes and dyspareunia, however there are few studies which examine its relation with the hypertonia of the pelvic floor muscle. Therefore, women with hypertonia in this muscle group characterize a relevant sample to investigate the dyspareunia occurrence. **Objective:** To study possible association between hypertonia of the anal sphincteric complex and dyspareunia in adult women. **Method:** Took part in the study, 57 women, ages 18 to 51, with previous medical indication to run exams of anorectal manometry, that were divided in 2 groups: Study Group (SG), composed by 34 women with the manometric diagnosis of anal sphincteric hypertonia; and Control Group (CG), composed by 23 women without the manometric diagnosis of anal sphincteric hypertonia. All patients passed through an anamnesis and answered to a Female Sexual Function Index (FSFI) survey to characterize the presence or absence of dyspareunia. **Results:** The GE group was constituted by 34 women with average age of 35.61 (± 7.67) years old and the CG Group, by 23 women with average age of 35.91 (± 8.36) years old. The Control Group presented higher occurrence of regular childbirth, episiotomies and puborectalis' paradoxical contraction, with statistically significant difference when compared to those of the Study Group. The SG Group's patients presented both resting and contraction average pressure significantly higher than those of the CG Group ($p=0.000$); however, proportionally, the CG Group showed more women with dyspareunia (9 patients, 39.2%) than on the SG Group (10 patients, 29.4%), with no statistically significant difference. In the correlation analysis between pain and lubrication domains in the FSFI survey, the strength was higher in the CG Group, suggesting that the dyspareunia found in this group were associated to the lack of lubrication; and to those found in the SG Group were associated to other factors such as the hypertonia of the anal sphincteric complex. **Conclusion:** The dyspareunia occurrence on the surveyed patients could not be assigned to the hypertonia of the anal sphincteric complex.

Keywords: Dyspareunia. Pelvic Floor. Anorectal Manometry. Sexual Dysfunction. Women's Health.

*L*ISTA DE *I*LUSTRAÇÕES

Figura 1 - Delineamento do estudo.....	23
Figura 2 - Equipamento utilizado para realização da manometria anorretal. Manômetro de oito canais, composto por uma bomba que controla, por meio de pressão fixa de gás nitrogênio, a perfusão de água destilada à velocidade contínua.....	24
Figura 3 - Cateter usado para mensurar as pressões do canal anal no exame de manometria anorretal: cateter de silicone com 0,5 cm de diâmetro, canais dispostos radialmente e balão de látex na extremidade.....	24
Figura 4 – Distribuição das médias de pressão de repouso do complexo esfíncteriano anal nos grupos GC e GE.....	35
Figura 5 – Distribuição das médias de pressão de contração do complexo esfíncteriano anal nos grupos GC e GE.....	36
Figura 6 - Correlação entre os escores dos domínios dor e lubrificação no Grupo Controle (GC).....	39
Figura 7 - Correlação entre os escores dos domínios dor e lubrificação no Grupo de Estudo (GE)	40

*L*ISTA DE *T*ABELAS

Tabela 1 – Escores dos domínios do questionário FSFI.....	28
Tabela 2 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC por faixas etárias.....	30
Tabela 3 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC por tempo de escolaridade.....	31
Tabela 4 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC por estado civil.....	31
Tabela 5 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC segundo o número de gestações, os tipos de partos e o número de abortos.....	32
Tabela 6 – Indicações para realização de manometria anorretal nos grupos GE e GC.....	34
Tabela 7 – Valores da pressão de repouso do canal anal (mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão, erro padrão) nos grupos GE e GC	34
Tabela 8 – Valores da pressão de contração do canal anal (mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão, erro padrão) nos grupos GE e GC	35
Tabela 9 – Frequência de hipertonia de repouso e de contração isolada e hipertonia de repouso associada à hipertonia de contração no Grupo de Estudo (GE)	36
Tabela 10 – Valores médios e erro padrão da sensibilidade, capacidade retal e comprimento do canal anal nos grupos GE e GC.....	37
Tabela 11 – Frequência da presença ou ausência do RIRA e contração paradoxal do puborretal nos grupos GE e GC	37
Tabela 12 – Frequência de dispareunia nos grupos GE e GC	38
Tabela 13 – Frequência do escore do domínio de dor nos grupos GE e GC	38
Tabela 14 – Escores dos achados do questionário FSFI para os domínios dor e lubrificação nos grupos GE e GC	39
Tabela 15 – Distribuição das pacientes segundo a frequência de fissura e dispareunia nos grupos GE e GC	40
Tabela 16 – Médias dos escores dos domínios do questionário FSFI nos grupos GE e GC....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFUD – American Foundation for Urologic Disease

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão

cm - Centímetro

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4º edição, texto revisado.

EMG - Eletromiografia

FSFI - *Female Sexual Function Index* (Índice da Função Sexual Feminina)

Grupo C – Grupo Controle

Grupo GE – Grupo de Estudo

HUB - Hospital Universitário de Brasília

ml - Mililitro

ml/minuto - Mililitro por minuto

mmHg – Milímetro de mercúrio

RIRA – Reflexo Inibitório Reto Anal

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	20
3 PACIENTES E MÉTODOS	21
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	21
3.2 PACIENTES.....	21
3.2.1 Critérios de inclusão	21
3.2.2 Critérios de exclusão	22
3.2.3 Formação dos grupos	22
3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	23
3.3.1 Manometria anorretal	23
3.3.1.1 Equipamento.....	24
3.3.1.2 Técnica do exame.....	25
3.3.1.3 Parâmetros avaliados.....	25
3.3.2 Anamnese	26
3.3.3 Female Sexual Function Index (FSFI)	27
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	28
4 RESULTADOS	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES.....	30
4.2 MANOMETRIA ANORRETAL.....	33
4.3 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL.....	38
5 DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

APÊNDICES	54
Apêndice A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
Apêndice B Ficha de anamnese.....	56
Apêndice C Ficha da manometria anorretal.....	57
Apêndice D Característica idade e estado civil do Grupo Controle (GC)	58
Apêndice E Característica idade e estado civil do Grupo de Estudo (GE)	59
Apêndice F Distribuição do número de gestações, partos vaginais, cesáreos e abortos do Grupo Controle (GC)	60
Apêndice G Distribuição do número de gestações, partos vaginais, cesáreos e abortos do Grupo de Estudo (GE)	61
Apêndice H Achados da manometria anorretal em cada participante do Grupo Controle (Grupo GC): valores de pressão de repouso e de contração do canal anal funcional, presença ou ausência de contração paradoxal do músculo puborretal e dos esfíncteres anais.....	62
Apêndice I Achados da manometria anorretal em cada participante do Grupo de Estudo (Grupo GE): valores de pressão de repouso e de contração do canal anal funcional, presença ou ausência de contração paradoxal do músculo puborretal e dos esfíncteres anais.....	63
Apêndice J Dados manométricos: sensibilidade, capacidade retal, comprimento do canal anal e o RIRA do Grupo Controle (GC)	64
Apêndice K Dados manométricos: sensibilidade, capacidade retal, comprimento do canal anal e o RIRA do Grupo de Estudo (GE)	65
Apêndice L Escores do questionário FSFI do Grupo Controle (GC)	66
Apêndice M Escores do questionário FSFI do Grupo de Estudo (GE)	67
ANEXOS	68
Anexo A Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FM/UNB.....	68
Anexo B Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SES/DF.....	69
Anexo C Declaração de conflito de interesse.....	70
Anexo D Female Sexual Function Index (FSFI).....	71

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a sexualidade é parte integrante do ser humano e compõe um dos pilares da qualidade de vida. Para uma melhor qualidade de vida o ser humano tem direito a um estado de completo bem-estar relacionado à saúde sexual, assim como é direito este completo bem-estar na família, segurança e finanças (The WHOQOL Group, 1995; FLECK, 2000; MUNARRIZ et al., 2002).

Para que haja este bem-estar, a resposta sexual saudável definida como a habilidade de usufruir e expressar a sexualidade sem riscos de doenças, gestações indesejadas e violência, precisa ocorrer de forma funcional nos aspectos físicos, psicológicos e emocionais (AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; DEROGATIS; BURNETT, 2008).

Os estudos mais expressivos sobre sexualidade foram iniciados por Kinsey, em 1948. Alfred Charles Kinsey, entomólogo, especialista em vespas, passou a dedicar-se ao estudo do comportamento sexual humano quando foi convidado pela Universidade de Indiana, nos Estados Unidos da América, onde era professor, a coordenar um curso sobre casamento e aspectos biológicos da sexualidade (BROWN; FEE, 2003; SENA, 2007).

Kinsey realizou um levantamento bibliográfico e encontrou dados de estudos de precursores como Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, no entanto definiu estes dados como pouco representativos e com número limitado de pessoas (BROWN; FEE, 2003; SENA, 2007).

Iniciou então a aplicação de questionários sobre o assunto para os alunos do curso que ministrava, no entanto percebeu que, ainda persistiam muitas informações pouco confiáveis. Foi quando um colaborador propôs que a investigação fosse por meio de entrevista pessoal, presencial, sendo os registros feitos por códigos (KUBIE, 1955; BROWN; FEE, 2003; SENA, 2007).

Empenhado em conhecer a verdadeira realidade do comportamento sexual humano, Kinsey fez uma ampla pesquisa nos Estados Unidos da América (KINSEY, 2004) entrevistando homens e mulheres, chegando a entrevistar, em 15 anos de estudo mais de 11.000 pessoas (KUBIE, 1955; BROWN; FEE, 2003).

Apesar das contribuições de Kinsey para o conhecimento sexual humano, foi na década de 1960 que William Masters, médico ginecologista, e Virgínia Johnson, psicóloga, começaram a estudar a fisiologia da resposta sexual humana e de sua disfunção. Observaram, sob condições científicas de laboratório, o comportamento sexual de homens e mulheres

registrando aproximadamente 14.000 atos sexuais, e com esse embasamento desenvolveram o modelo do ciclo de resposta sexual (MASTERS; JOHNSON, 1985).

Masters e Johnson caracterizaram este ciclo em um conjunto composto por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, comum aos dois sexos, feminino e masculino (MASTERS; JOHNSON, 1985). Tais estudos causaram grande impacto por proporcionar o desenvolvimento do tratamento da disfunção sexual (KAPLAN, 1974).

Outra pesquisadora influenciada por Kinsey foi a historiadora Shere Hite. Seus estudos foram sobre a sexualidade feminina, principalmente quanto ao prazer sexual e orgástico da mulher. As investigações foram realizadas por meio de questionário enviado as leitoras de revistas e boletins, na década de 1970 (HITE, 1976).

Helen Kaplan propôs um novo modelo para o ciclo da resposta sexual, constituído por três fases: desejo, excitação e orgasmo, alegando que a fase do desejo precedia a excitação, e que não havia justificativa para a fase de platô (KAPLAN, 1974; BERMAN et al., 1999).

Esse novo modelo e o proposto por Masters e Johnson foram utilizados para definir a resposta sexual saudável. A disfunção sexual feminina, em contrapartida, caracterizou-se pela falência de uma ou mais fases deste ciclo, ou a falta, excesso, desconforto ou dor que se manifesta de forma persistente ou recorrente durante o ato sexual (ABDO; FLEURY, 2006; CEREJO, 2006).

A partir dos modelos de Masters e Johnson e de Kaplan houve o interesse na caracterização do ciclo de resposta sexual e nos transtornos da sexualidade, e estabeleceram-se critérios diagnósticos para a disfunção sexual feminina, os quais constam na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua décima edição, (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM, já em sua quarta versão, texto revisado (DSM-IV-TR) (AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Na CID-10 a disfunção sexual está descrita em dois capítulos: no das síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos, e no dos transtornos de personalidade e de comportamento em adultos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

A disfunção sexual feminina é classificada segundo o DSM-IV-TR em: transtornos do desejo, transtornos da excitação, transtornos do orgasmo, disfunção sexual devida a uma condição médica geral, disfunção sexual induzida por substância e transtornos sexuais dolorosos, neste último estão a dispareunia e o vaginismo (AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Em 1999, a Fundação Americana de Doenças Urológicas (AFUD) fez o primeiro Painel de Consenso de Classificação e Definição de Disfunção Sexual Feminina, tendo como base a CID-10 e o DSM-IV-TR. Neste foi incluído “outros transtornos sexuais associado à dor”, além da dispareunia e do vaginismo, caracterizado por dor genital não induzida por coito (BERMAN et al., 1999).

A disfunção sexual feminina é multicausal e multidimensional, com a combinação de fatores biológicos como anatômicos, vasculares, neurológicos, hormonais, além de psicológicos e de determinantes interpessoais, que geram grande impacto na qualidade de vida (BASSON et al., 2000).

As causas para que a disfunção ocorra são variadas e inclui o contexto psicofisiológico envolvido (MASTERS; JOHNSON, 1985), a menopausa, a endometriose, a cistite intersticial, a dor pélvica crônica, (HEIM, 2001; BINIK, 2010), a disfunção do eixo hipotálamo-hipófise (BERMAN et al., 1999), a iatrogenia (GRAZIOTTIN, 2003), a episiotomia (HULL; CORTON, 2009), as operações pélvicas prévias, ooforectomia e histerectomia (ZHANG et al., 2011), as doenças associadas (diabetes, obesidade e hipotireoidismo) e o uso de medicamentos, como o contraceptivo oral (HEIM, 2001; BOUCHARD et al., 2002).

A prevalência de disfunção sexual feminina apresenta taxas em torno de 40% (ETIENNE; WAITMAN, 2006; PRADO et al., 2007; KINGSBERG; ALTHOF, 2009). No Brasil foi realizado um estudo para avaliar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres, no qual os autores constataram que 49% tinham pelo menos uma disfunção, sendo o desejo sexual hipoativo o mais frequente, seguido por transtornos sexuais dolorosos, como a dispareunia (ABDO et al., 2004).

A dispareunia é definida como uma dor genital associada com o intercuro sexual, exceto quando há exclusivamente vaginismo ou falta de lubrificação como causa da dor antes, durante ou após o coito (AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; KINGSBERG; ALTHOF, 2009).

O vaginismo, uma condição caracterizada por uma contração involuntária, recorrente ou persistente do assoalho pélvico quando é tentada, prevista ou imaginada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo (REISSING et al., 1999; AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; LARA et al., 2008; BINIK, 2010), geralmente se desenvolve secundariamente a fatores psicológicos e emocionais, e está associado a uma contração involuntária que impede o coito (BERMAN et al., 1999). Já a falta de lubrificação está comumente associada com outras causas de dispareunia, mas se não houver outra etiologia

associada, e a dor possuir apenas a falta de lubrificação como causa, esse transtorno sexual doloroso não é diagnosticado como dispareunia (SUTTON et al., 2012).

Frequentemente a dispareunia pode ocorrer no momento do coito, no entanto pode surgir antes ou logo após este, e pode variar de um pequeno desconforto até uma dor intensa. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

A dispareunia pode ser causada por alteração psicogênica, doença orgânica ou pela associação de ambas (BERMAN et al., 1999). As causas psicogênicas incluem o medo da dor, a perturbação interpessoal e o abuso sexual (VALADARES et al., 2008), no entanto, HEIM, 2001, afirma que as pacientes com dispareunia não apresentam geralmente histórico de violência física ou abuso sexual.

Já as causas físicas estão associadas com afecções dos órgãos pélvicos e genitais femininos e com o ciclo menstrual (OMS, 1995). Dentre as causas estão os fatores hormonais, causas orgânicas e inflamatórias, iatrogenia, origem neurológica e vascular, além de causas musculares (GRAZIOTTIN, 2003). É encontrada facilmente em pacientes com cistite intersticial, síndrome do intestino irritável, doença inflamatória pélvica, dor pélvica crônica, infecção do trato urinário, colites e endometriose (HEIM, 2001; BINIK, 2010).

Na dispareunia, há uma divisão na característica da dor, que pode ser superficial e profunda. A dispareunia superficial é qualquer tipo de dor recorrente sentida na região vulvovaginal, como ocorre na vulvodinia, caracterizada como um subtipo da superficial. É uma dor em queimação ou em corte localizada no vestíbulo vulvar provocado pelo estímulo mecânico, como por exemplo, na relação sexual, comum na dispareunia pré-menopausa (HEIM, 2001; BINIK, 2010).

A dispareunia profunda tem tido sua etiologia vinculada a uma doença subjacente como endometriose, síndrome da congestão pélvica, retroversão uterina, miomas uterinos, adenomiose, síndrome do intestino irritável e mialgia do músculo elevador do ânus (HEIM, 2001; BINIK, 2010).

A dispareunia ocorre em homens e mulheres, no entanto é mais prevalente no sexo feminino, com taxas que variam de 8% a 39,5% (WEST; VINIKOOR, 2004; VALADARES et al., 2008; SUNG et al., 2011). Um estudo com 1.219 mulheres brasileiras, com idade superior a 18 anos, revelou prevalência de 23,1% de transtornos sexuais dolorosos na população estudada (ABDO et al., 2004).

Sendo a mialgia do elevador do ânus uma das causas de dispareunia, faz-se necessário compreender a anatomia e a função de todo o assoalho pélvico.

O assoalho pélvico é formado por dois diafragmas: o pélvico e o urogenital. O diafragma pélvico é composto pelo músculo coccígeo e pelos músculos elevadores do ânus. O diafragma urogenital é composto pelas seguintes estruturas musculares: o esfíncter externo do ânus, transverso superficial e profundo, esfíncter externo da uretra, isquiocavernoso e bulboesponjoso (ROGERS Jr., 2006; PELOSO Jr.; GARBELLOTTI Jr., 2009).

A inervação dos músculos do assoalho pélvico é realizada bilateralmente por ramos do segundo, terceiro e quarto nervos sacrais. Desses ramos o nervo pudendo, formado pela união de dois ramos do plexo sacral, é o responsável pela inervação da maior parte do períneo, e é o responsável por manter o tônus muscular e promover a resposta reflexa durante o esforço (PELOSO Jr.; GARBELLOTTI 2009). O funcionamento adequado deste grupo muscular depende de sua integridade anatômica e nervosa.

O assoalho pélvico possui três funções primárias: a resposta sexual normal, o suporte inferior dos órgãos pélvicos e a função esfínteriana no controle intestinal e vesical (MANLEY; ODOM, 2006).

O elevador do ânus é o complexo muscular mais importante do assoalho pélvico (HULL, 2009), formado por três fascículos: os músculos puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo.

O esfíncter anal externo e o puborretal são os músculos do assoalho pélvico que compõe o complexo esfínteriano anal, no entanto este complexo é acrescido ainda pelo esfíncter anal interno, sistema hemorroidário, gordura, mucosa, pele e nervos (JORGE; SOUSA, 2010).

O esfíncter anal interno, localizado no canal anal, é aneliforme e constituído por fibras musculares lisas, que se mantém em constante contração involuntária, com a função de manter o ânus fechado para evitar a perda involuntária de conteúdo, exceto durante a defecação ou ato voluntário de eliminação de gases (KLEINUBING Jr., 2007).

O esfíncter anal externo e o músculo puborretal fundem-se em estrutura muscular única. Nas regiões posteriores e laterais do canal anal algumas fibras musculares desse complexo se dirigem para a porção posterior da vagina, inserindo-se no corpo perineal (KLEINUBING Jr., 2007).

As fibras musculares que constituem o assoalho pélvico são as fibras tipo I e as fibras tipo II. As fibras musculares tipo I são predominantes e mantêm um constante estado de contração durante o repouso. Esta contração sustentada preserva o hiato urogenital fechado e as porções distais da uretra, vagina, e reto tensionadas em direção ao púbis (HULL; CORTON, 2009).

As fibras do tipo II executam uma contração involuntária eliciada pelo aumento repentino da pressão abdominal, para prevenir perdas involuntárias de urina, fezes e gases. A contração voluntária também pode ocorrer como a executada na cinesioterapia, também chamada de exercícios de Kegel. Já o relaxamento ocorre durante os processos de eliminação, como na evacuação e micção, e no durante o trabalho de parto (HULL; CORTON, 2009).

MANLEY E ODOM (2006) afirmam que pode haver quatro tipos de disfunção do assoalho pélvico: de suporte, por incoordenação, visceral e a por hipertonia. A disfunção por hipertonia ocorre quando há uma tensão ou espasmo dos músculos do assoalho pélvico que gera dor musculoesquelética. Nesta situação, reforça-se a idéia que o comprometimento do assoalho pélvico pode repercutir na função urinária, anorretal ou sexual.

Disfunção musculoesquelética, especialmente dor muscular ou hiperatividade do levantador do ânus, é uma das causas de dispareunia documentadas na literatura (MONIF; BELATTI Jr, 1993; BASSON et al., 2000; FITZGERALD; KOTARINOS, 2003; PRENDERGAST; WEISS, 2003; ACOG, 2004; MESSELINK et al., 2005). A hiperatividade do levantador do ânus é uma condição onde os músculos que compõe este grupo muscular não relaxam completamente ou se contraem no momento em que deveriam relaxar (MESSELINK et al., 2005; FISHER, 2007).

Considerando que a dispareunia pode ser gerada por uma disfunção da musculatura do assoalho pélvico, faz-se necessário o uso de instrumentos específicos capazes de avaliar essa disfunção sexual e esse grupo muscular.

Um instrumento frequentemente aplicado na avaliação da função sexual feminina é o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), ou índice da função sexual feminina (HENTSCHEL et al., 2007; WIEGEL et al., 2005). Para o estudo da função da musculatura esfínteriana pode-se utilizar a manometria anorretal, atualmente um dos exames mais utilizados na avaliação dos distúrbios do assoalho pélvico (RIVADENEIRA et al., 2010).

O *Female Sexual Function Index* (FSFI) é usado para identificar ou diagnosticar indivíduos com disfunção sexual. A definição das características dos questionários sobre sexualidade é particularmente útil, porque muitas vezes refletem os comportamentos que são alvos de intervenção clínica e de investigação (SUNG et al., 2011).

O questionário é composto por 19 perguntas, sendo que há seis domínios envolvidos: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (ROSEN et al., 2000).

O FSFI foi criado para ser um instrumento de avaliação de ensaios clínicos que aborda a natureza multidimensional da função sexual feminina (ROSEN et al., 2000). Foi desenvolvido exclusivamente para mulheres e tem apresentado validade estatística aceitável na literatura

(MESTON; DEROGATIS, 2002; MESTON, 2003; LEITE et al., 2007), além de ser traduzido e validado para o português (HENTSCHEL et al., 2007).

A manometria anorretal pode ser utilizada para avaliação funcional da musculatura esfíncteriana. Este exame permite pesquisar a presença ou ausência do reflexo inibitório retoanal (RIRA), e medir as pressões do canal anal, a sensibilidade, a capacidade retal e o comprimento do canal anal (JORGE; WEXNER, 1993; SANGWAN; SOLLA, 1998; GÓES; COY, 2007; GÓES, 2010).

O estudo manométrico anorretal permite a medição da pressão anal de repouso e da pressão anal de contração voluntária, além de verificar o padrão pressórico à manobra de Valsalva (JORGE; WEXNER, 1993; SANGWAN; SOLLA, 1998; GÓES; COY, 2007; GÓES, 2010).

A pressão anal de repouso é o resultado da soma do tônus do esfíncter anal interno, do esfíncter anal externo e do revestimento do ânus pelos coxins vasculares (RIVADENEIRA et al., 2010). O esfíncter anal interno é responsável por até 85% da pressão de repouso do canal anal (DUTHIE; WATTS, 1965). Já a pressão de contração avalia o esfíncter anal externo e os elevadores do ânus. À manobra de Valsalva, esses músculos também são observados porque se espera que haja adequado relaxamento ao esforço evacuatório (RIVADENEIRA et al., 2010; GÓES, 2010).

A avaliação das pressões do canal anal permite também pesquisar a presença de hipercontratilidade do diafragma pélvico que pode ser verificada quando a pressão anal de repouso está normal ou elevada e os valores da contração voluntária não conseguem alcançar o dobro da pressão anal de repouso. Essa hipercontratilidade não parece estar associada apenas a um músculo específico, mas sim a todo o conjunto do diafragma pélvico (GÓES; COY, 2007; RIVADENERIA et al., 2010).

O sintoma de dor durante a relação sexual apresenta associação com a disfunção musculoesquelética do assoalho pélvico, contudo pouco se sabe sobre os mecanismos que justificam essa ligação. Dentre estas justificativas encontra-se a hipertonia, o não relaxamento deste grupo muscular e a contração paradoxal durante a relação sexual.

Considerando que o comprometimento do assoalho pélvico repercute na função urinária, anorretal e sexual formulou-se a hipótese de que a hipertonia do complexo esfíncteriano anal traduz o aumento do tônus do assoalho pélvico o que poderia causar a dispareunia.

2 OBJETIVO

Este estudo foi delineado para estudar a possível associação entre hipertonia do complexo esfinteriano anal e dispareunia em mulheres adultas.

3 *P*ACIENTES E *M*ÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo do tipo transversal. As avaliações foram realizadas em momento único e não foi feito nenhum seguimento.

3.2 PACIENTES

Este estudo foi desenvolvido no período de fevereiro a novembro de 2011, após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, registro 043/2010 (anexo A), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, registro 473/10 (anexo B). A declaração de conflito de interesse está apresentada no anexo C.

Para a redação do trabalho foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT NBR 14724:2011).

Participaram deste estudo 57 mulheres provenientes do Ambulatório de Coloproctologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Ambulatório da Clínica Uniprocto®. Essas pacientes foram encaminhadas ao Ambulatório de Reabilitação do Assoalho Pélvico desses serviços.

As pacientes tinham indicação médica prévia para a realização da manometria anorretal, e ao serem encaminhadas à reabilitação do assoalho pélvico estavam com o laudo do exame em mãos. Os dois serviços envolvidos na pesquisa possuíam o mesmo protocolo para a indicação, técnica e parâmetros para a realização do exame.

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa e incluídas no estudo foram previamente informadas e esclarecidas, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A), passaram por uma anamnese (apêndice B) e responderam ao questionário FSFI (anexo D).

3.2.1 Critérios de inclusão

- (i) Indicação médica prévia para a realização de manometria anorretal;
- (ii) Sexo feminino;

- (iii) Idade mínima de 18 anos;
- (iv) Vida sexual ativa nas últimas quatro semanas;
- (v) Capacidade intelectual para responder o questionário, identificado por avaliação clínica simples realizada pelo pesquisador.

3.2.2 Critérios de exclusão

- (i) Vulvodínia;
- (ii) Menopausa;
- (iii) Endometriose;
- (iv) Doenças degenerativas (centrais ou periféricas);
- (v) Megacólon;
- (vi) Malformação congênita dos órgãos genitais;
- (vii) Ooforectomia;
- (viii) Histerectomia;
- (ix) Câncer de órgãos pélvicos;
- (x) Quimioterapia e
- (xi) Radioterapia pélvica.

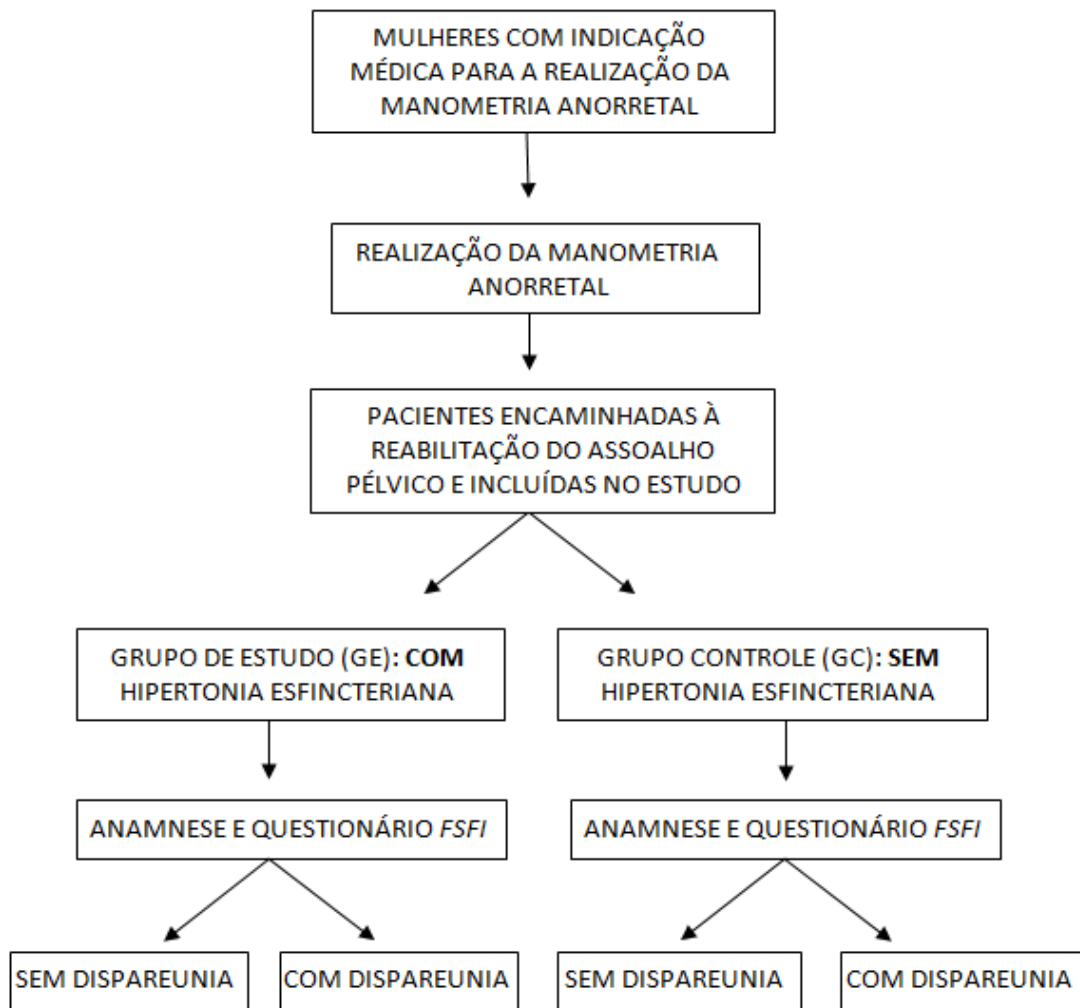
3.2.3 Formação dos grupos

As pacientes foram distribuídas em dois grupos após a realização da manometria anorretal, conforme ilustrado na figura 1.

Grupo de Estudo (GE): pacientes com hipertonia esfínteriana anal à manometria anorretal.

Grupo controle (GC): pacientes que não tinham hipertonia esfínteriana anal à avaliação manométrica.

Figura 1 - Delineamento do estudo



Fonte: próprio autor.

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

- Manometria anorretal,
- Anamnese,
- Questionário FSFI.

3.3.1 Manometria anorretal

As pacientes incluídas no estudo realizaram a manometria anorretal de acordo com os parâmetros e características descritas a seguir.

3.3.1.1 Equipamento

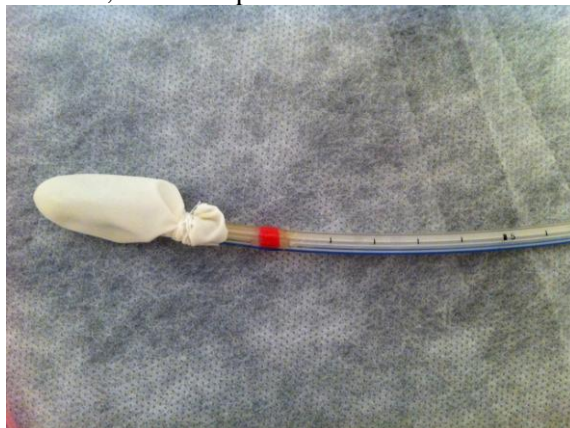
O aparelho utilizado para a manometria foi Dynamed® acoplado a um sistema que contém um cateter flexível de cinco milímetros de diâmetro com oito orifícios radiados por onde ocorre a perfusão de água com velocidade de 18 ml/minuto usado para mensurar as pressões do canal anal, e, na extremidade distal da sonda, um dedo de luva foi acoplado para insuflar o balão por meio de uma seringa de 60 ml, conforme ilustrado nas figuras 2 e 3.

Figura 2 - Equipamento utilizado para realização da manometria anorretal. Manômetro de oito canais, composto por uma bomba que controla, por meio de pressão fixa de gás nitrogênio, a perfusão de água destilada à velocidade contínua.



Fonte: próprio autor.

Figura 3 - Cateter usado para mensurar as pressões do canal anal no exame de manometria anorretal, de silicone com 0,5 cm de diâmetro, canais dispostos radialmente e balão de látex na extremidade.



Fonte: próprio autor.

A análise dos dados foi obtida por meio de *software* denominado Procto Master®, que calcula automaticamente as médias das pressões e os valores pressóricos máximos. A

interpretação desses dados é feita com base nos resultados fornecidos pela análise computadorizada dos valores de cada indivíduo. O diagnóstico manométrico foi realizado considerando os valores de referência dos serviços, HUB e Clínica Uniprocto. Os dois serviços envolvidos na pesquisa possuíam o mesmo protocolo.

3.3.1.2 Técnica do exame

Não foi realizado preparo intestinal prévio para a realização da manometria. Cada paciente foi orientada a respeito das etapas do exame na tentativa de se obter máxima colaboração.

A paciente permaneceu durante todo o exame em decúbito lateral esquerdo com os quadris e joelhos fletidos, com o membro inferior direito sobre o esquerdo.

Antes do início do exame, o equipamento foi calibrado e o cateter, lubrificado em solução inerte, foi introduzido no ânus até o ponto correspondente a seis centímetros da borda anal, sendo então tracionado, a cada centímetro, manualmente pelo examinador.

A cada centímetro tracionado a paciente era orientada a executar três comandos. No primeiro, a paciente era instruída a manter a região anal relaxada para mensuração da pressão de repouso. Em seguida, a realizar a contração da região anal para captação da pressão de contração, e por fim realizar esforço evacuatório para observar a pressão do canal anal durante a manobra de Valsalva.

Após essas 6 avaliações consecutivas, o balão era reposicionado a 6 centímetros da margem anal, e inflado com ar a volume controlado. A paciente era orientada a mencionar a primeira sensação retal, o volume obtido neste momento corresponde à sensibilidade retal. Continuou a injeção de ar até a paciente referir desejo evacuatório.

Para finalizar o exame, o balão foi posicionado no canal anal funcional, isto é, na zona de mais alta pressão, em torno de 2cm da margem anal, e inflado rapidamente com volume de 20 a 60 ml, com intuito de distender as paredes retais e avaliar o reflexo inibitório retoanal (RIRA). O examinador solicitou também que a paciente realizasse manobra de Valsalva para avaliação das pressões do canal anal.

3.3.1.3 Parâmetros avaliados

A manometria anorretal foi realizada de acordo com o protocolo dos serviços, que consideravam as seguintes variáveis:

- Pressão de repouso é a pressão obtida, no canal anal, quando o esfíncter anal externo encontra-se relaxado. Valores normais de 40 a 70 mmHg;
- Pressão de contração é a pressão obtida quando o paciente executa a contração voluntária da musculatura estriada. Valores normais de 100 a 180 mmHg;
- Avaliação da pressão do canal anal durante a manobra de Valsalva é realizada durante o esforço evacuatório e espera-se a queda da pressão esfíncteriana, associada ao relaxamento da musculatura. Quando existe um aumento dessa pressão durante o esforço evacuatório sugere-se contração paradoxal do puborretal;
- Hipotonia esfíncteriana é a pressão de repouso do canal anal abaixo de 40 mmHg ou pressão de contração abaixo de 100 mmHg;
- Hipertonia esfíncteriana é a pressão de repouso do canal anal acima de 70 mmHg ou pressão de contração acima 180 mmHg;
- Reflexo Inibitório Retoanal (RIRA) é o reflexo obtido pela distensão do reto com a insuflação do balão. Observa-se o relaxamento transitório do esfíncter interno, com retorno ao tônus normal. O RIRA presente representa redução, de pelo menos, 20% da pressão de repouso após a insuflação do balão;
- Sensibilidade retal é a percepção de distensão ou peso na ampola retal referida pelo paciente à insuflação do balão. O volume normal para desencadear esta sensibilidade é de 10 a 30 ml;
- Capacidade retal corresponde ao volume máximo tolerável à insuflação do balão. A capacidade retal normal varia de 100 a 250 ml;
- Canal anal funcional ou Zona de alta pressão é a porção do canal anal onde a pressão de repouso se apresenta mais alta. O comprimento do canal anal é o valor em centímetros do canal anal funcional. O valor esperado é de 2 a 3 cm.

Os dados obtidos à avaliação manométrica foram registrados em uma planilha para avaliação estatística (apêndice C).

3.3.2 Anamnese

Todas as participantes responderam ao interrogatório dirigido realizado pelo mesmo pesquisador.

Foram interrogadas quanto ao estado civil, à escolaridade, ao número de gestações, a partos vaginais, a partos cesáreos, a abortos, à episiotomia, operações abdominais e pélvicas

prévias, o uso de anticoncepcional oral ou outros hormônios, e doenças associadas tais como diabetes mellitus, hipotireoidismo, infecções e fissura anal.

O pesquisador desconhecia o resultado do exame de manometria anorretal ao receber as pacientes para realizar a anamnese, para não haver indução no resultado.

3.3.3 Female Sexual Function Index (FSFI)

Foi utilizado um instrumento estruturado e auto-aplicável, o *Female Sexual Function Index* (FSFI) para avaliar a função sexual feminina. Após responderem o interrogatório dirigido realizado pelo pesquisador, as pacientes permaneceram sozinhas em uma sala para responderem de próprio punho o questionário FSFI.

O questionário é composto por 19 perguntas, sendo que há seis domínios envolvidos:

Domínio 1: Desejo. As questões 1 e 2 abordam a frequência e o grau de desejo sexual nas últimas quatro semanas;

Domínio 2: Excitação. As questões 3 a 6 abordam a frequência, o grau, a confiança e a satisfação da excitação durante a atividade sexual;

Domínio 3: Lubrificação. As questões 7 a 10 abordam a frequência de lubrificação e o grau de dificuldade de manter a lubrificação durante e até o fim da atividade sexual;

Domínio 4: Orgasmo. As questões 11 a 13 abordam a frequência, o grau de dificuldade e a satisfação de atingir o orgasmo;

Domínio 5: Satisfação. As questões 14 a 16 abordam a satisfação do envolvimento emocional com o parceiro, do relacionamento sexual com o parceiro e da vida sexual em geral;

Domínio 6: Dor. As questões 17 a 19 abordam a frequência e o grau de dor durante e logo após a penetração vaginal.

Os escores dos domínios e a escala geral de escores do FSFI são calculados como apresentado na tabela 1. Cada questão possui pontuações individuais variam de 0 a 5, e a soma dessas pontuações resulta em um escore. O escore final de cada domínio é corrigido por um fator correspondente. Esse escore mede o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (dispareunia). O escore gerado pelas questões incluídas no domínio dor abaixo de 4,4 sugere dispareunia (ZHANG et al., 2011).

O escore final é calculado pela soma de todos os escores dos seis domínios. Quanto mais alto o escore melhor o grau de função sexual (FSFI; ROSEN et al., 2000).

Tabela 1 – Escores dos domínios do questionário FSFI.

Domínio	Questões	Faixa de pontuação	Fator	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
Faixa de pontuação em todos os domínios				2,0	36,0

Fonte: www.fsfiquestionnaire.com

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5.

Para melhor compreensão, algumas definições foram dadas às pacientes com o intuito de esclarecer expressões contidas no questionário:

- Atividade sexual incluía carícias, preliminares, masturbação e sexo vaginal;
- Relação sexual foi definida como a penetração do pênis na vagina;
- Estimulação sexual incluía situações como as preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;
- Desejo ou interesse sexual é o sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentimento receptivo a um parceiro sexual, e pensar ou fantasiar sobre relações sexuais;
- Excitação sexual é o sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação. Inclui sensações de calor ou formigamento nos órgãos genitais, lubrificação ou contrações musculares.

As pacientes completaram todo o questionário, em uma sala individual. Foram esclarecidas que as questões eram referentes à atividade sexuais das últimas quatro semanas, que as respostas deveriam ser sinceras, claras e seriam mantidas em sigilo.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos domínios, foram calculadas as estatísticas e as frequências, conforme os grupos estudados (sem hipertonia e com hipertonia).

Foi utilizado a média e o desvio padrão para a variável idade, e para as demais foi utilizado o erro padrão da média.

Para comparação das variáveis contínuas: idade, número de gestações, partos normais, partos cesáreos, episiotomias, conforme o grupo em estudo (sem hipertonia e com hipertonia) foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes, ou o teste U de Mann-Whitney, quando os dados não possuíam distribuição normal.

Por outro lado, algumas variáveis quantitativas foram tratadas de forma qualitativa para executar as comparações entre os grupos. Estas variáveis foram número de abortos, escore do questionário FSFI e número de gestações. Além disso, outras variáveis qualitativas foram analisadas como a indicação para a manometria, estado civil e uso de anticoncepcional. Para todas estas comparações entre os grupos de estudos, foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Para comparar a correlação entre dor e lubrificação entre os diferentes grupos foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

O nível de significância adotado foi de 5%. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 17.0.

4 RESULTADOS

O grupo com hipertonia esfinteriana (Grupo GE) ficou constituído por 34 participantes e o grupo sem hipertonia esfinteriana (Grupo GC) foi composto por 23 participantes.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES

O grupo com hipertonia esfinteriana (Grupo GE) apresentou média de idade de 35,61 ($\pm 7,67$) anos e o grupo sem hipertonia esfinteriana (Grupo GC) média de idade de 35,91 ($\pm 8,36$) anos, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC por faixas etárias.

Características	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
Faixa etária (anos)				0,434
18-24	2 (5,9%)	2 (8,8%)	4 (7%)	
25-29	6 (17,6%)	3 (13%)	9 (15,8%)	
30-34	9 (26,6%)	5 (21,7%)	14 (24,6%)	
35-39	5 (14,7%)	5 (21,7%)	10 (17,5%)	
40-44	6 (17,6%)	5 (21,7%)	11 (19,3%)	
45-49	6 (17,6%)	1 (4,3%)	7 (12,3%)	
50-51	0 (0%)	2 (8,8%)	2 (3,5%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

O tempo médio de escolaridade do grupo GE foi de 13,54 ($\pm 0,74$) anos, e o do grupo GC foi de 13,62 ($\pm 0,89$) anos, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC por tempo de escolaridade.

Características	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
Escolaridade				0,562
1 a 5 anos	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (1,8%)	
5 a 10 anos	3 (8,8%)	1 (4,3%)	4 (7%)	
11 anos ou mais	30 (88,3%)	22 (95,7%)	52 (91,2%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

Os dois grupos foram compostos majoritariamente por mulheres casadas (GE: 19 mulheres, 55,9%; GC: 15 mulheres, 65,2%), seguida das solteiras (GE: 11 pacientes, 32,4%; GC: 4 pacientes, 17,4%), como detalhado na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC por estado civil.

Características	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
Estado civil				0,526
Casada	19 (55,9%)	15 (65,2%)	34 (59,7%)	
Solteira	11 (32,4%)	4 (17,4%)	15 (26,3%)	
Separada	1 (2,9%)	2 (8,7%)	3 (5,3%)	
judicialmente				
União consensual	3 (8,8%)	2 (8,7%)	5 (8,7%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum desses dados apresentados ($p > 0,05$). A idade e o estado civil das pacientes estão detalhados no apêndice D e E.

Os dados referentes aos antecedentes gestacionais das pacientes dos dois grupos estão apresentados na tabela 5 e nos apêndices F e G. Não houve diferença estatística entre os grupos quando se comparou o número de gestações, partos cesáreos e abortos. Houve maior ocorrência de partos vaginais no Grupo Controle quando comparado ao Grupo de Estudo, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,034$).

Tabela 5 – Distribuição das pacientes nos grupos GE e GC segundo o número de gestações, os tipos de partos e o número de abortos.

Características	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
Número de gestações				0,172
Nenhuma	17 (50,2%)	7 (30,5%)	24 (42,1%)	
1 gestação	3 (8,8%)	5 (21,7%)	8 (14%)	
2 gestações	6 (17,6%)	5 (21,7%)	11 (19,3%)	
3 gestações	6 (17,6%)	2 (8,7%)	8 (14%)	
4 gestações	1 (2,9%)	4 (17,4%)	5 (8,7%)	
8 gestações	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (1,8%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	
Partos vaginais				0,034*
Nenhum	27 (79,5%)	12 (52,2%)	39 (68,5%)	
1 parto vaginal	4 (11,7%)	4 (17,4%)	8 (14%)	
2 partos vaginais	2 (5,9%)	4 (17,4%)	6 (10,5%)	
3 partos vaginais	1 (2,9%)	1 (4,3%)	2 (3,5%)	
4 partos vaginais	0 (0%)	2 (8,7%)	2 (3,5%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	
Partos cesáreos				0,341
Nenhum	22 (64,8%)	15 (65,3%)	37 (64,9%)	
1 parto cesáreo	3 (8,8%)	5 (21,7%)	8 (14%)	
2 partos cesáreos	6 (17,6%)	3 (13%)	9 (15,8%)	
3 partos cesáreos	3 (8,8%)	0 (0%)	3 (5,3%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	
Abortos				0,680
Nenhum	27 (79,5%)	19 (82,6%)	46 (80,7%)	
1 a 2 abortos	6 (17,6%)	4 (17,4%)	10 (17,5%)	
4 a 6 abortos	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (1,8%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

*p < 0,05

As mulheres do Grupo Controle tiveram maior frequência de episiotomias do que o Grupo de Estudo, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,016$). A média de ocorrência de episiotomias no Grupo de Estudo foi de 0,21 ($\pm 0,11$), e no Grupo Controle de 0,95 ($\pm 0,27$).

As operações abdominais e pélvicas mais frequentes foram a laqueadura tubária (GE: 4 pacientes, 11,8%, GC: 7 pacientes, 30,5%), seguida da perineoplastia (GE: 1 paciente, 2,9%, GC: 3 pacientes, 13,1%), sem diferença estatística entre os grupos ($p=0,266$).

Diabetes mellitus e hipotireoidismo foram as doenças associadas mais frequentes, sendo a primeira com maior ocorrência no grupo GC (1 paciente, 4,4%), e a segunda mais frequente no grupo GE (4 pacientes, 11,7%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,479$).

O uso do anticoncepcional oral foi mencionado por 21 (61,8%) pacientes do Grupo de Estudo e 15 (65,2%) pacientes do Grupo Controle, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,508$).

4.2 MANOMETRIA ANORRETAL

As indicações para a realização da manometria anorretal estão apresentadas na tabela 6. A fissura anal foi a indicação mais frequente com 21 (36,8%) exames, seguido por constipação intestinal com 15 (26,3%), e incontinência fecal com 8 (14%) exames.

A distribuição das indicações foi diferente para os dois grupos analisados. Para o grupo GE a indicação mais frequente foi fissura anal com 18 (52,9%) exames, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,002$). Já para o grupo GC foi constipação intestinal com 9 (39,2%) exames, sem diferença estatística entre eles ($p=0,071$).

Tabela 6 - Indicações para realização de manometria anorretal nos grupos GE e GC.

Achados manométricos	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
Indicação				
Fissura anal	18 (52,9%)	3 (13,1%)	21 (36,8%)	0,002*
Constipação intestinal	6 (17,6%)	9 (39,2%)	15 (26,3%)	0,071
Incontinência fecal	4 (11,8%)	4 (17,4%)	8 (14%)	0,549
Pré-operatório	3 (8,9%)	1 (4,3%)	4 (7%)	0,516
Doença hemorroidária	2 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (3,5%)	0,236
Proctalgia	1 (2,9%)	3 (13,1%)	4 (7%)	0,143
Hipertonia	0 (0,0%)	1 (4,3%)	1 (1,8%)	0,220
Fístula	0 (0,0%)	1 (4,3%)	1 (1,8%)	0,220
Retocele	0 (0,0%)	1 (4,3%)	1 (1,8%)	0,220
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

*p < 0,05

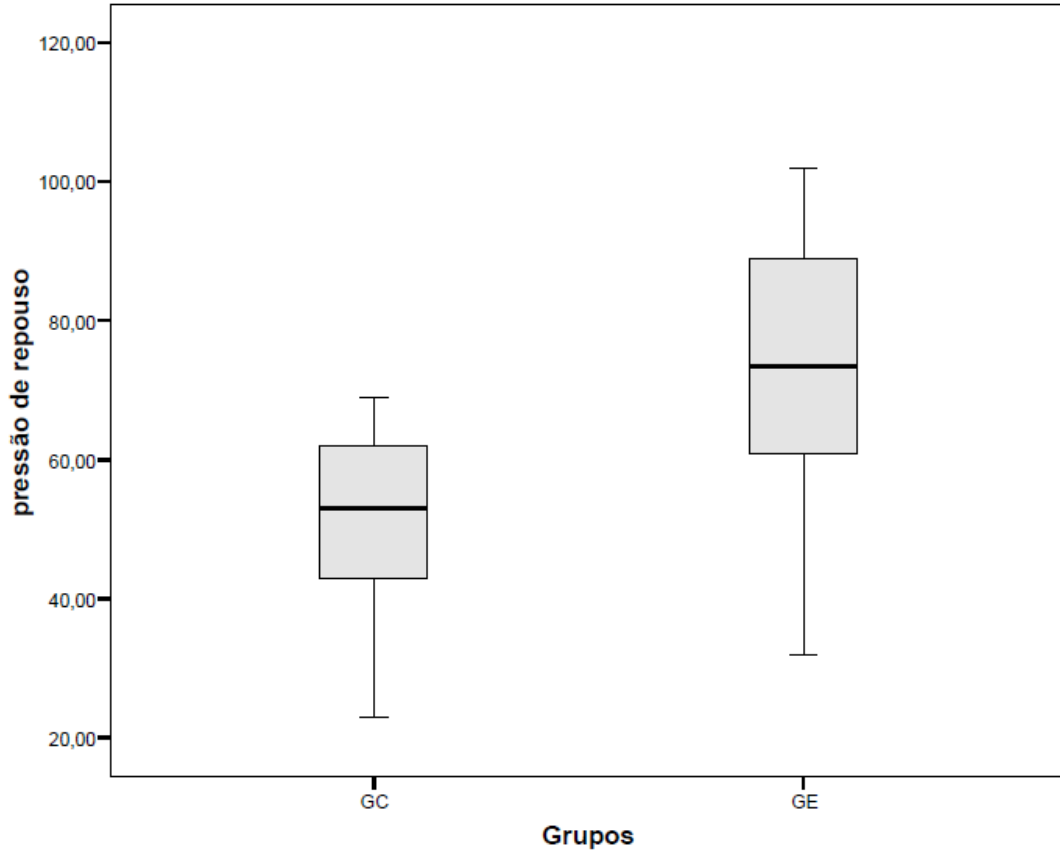
Os dados das pressões de repouso estão na tabela 7 e na figura 4, e os da pressão de contração na tabela 8 e na figura 5. A média da pressão de repouso e de contração encontrada nos dois grupos apresentou diferença estatisticamente significativa com $p = 0,000$ na análise das duas pressões citadas, isso era necessário para definir os grupos. O grupo GE apresentou média da pressão de repouso de 71,64 mmHg e o Grupo Controle 49,82 mmHg.

Tabela 7 – Valores da pressão de repouso do canal anal (mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão, erro padrão) nos grupos GE e GC.

Pressão de repouso	Grupo GE	Grupo GC	p valor
Mínimo	32,0	23,0	
Máximo	102,0	69,0	
Mediana	73,5	53,0	
Média	71,6	49,8	0,000*
Desvio padrão	19,2	13,9	
Erro padrão	3,3	2,9	

*p < 0,05

Figura 4. Distribuição das médias de pressão de repouso do complexo esfinteriano anal nos grupos GC e GE.



Fonte: próprio autor.

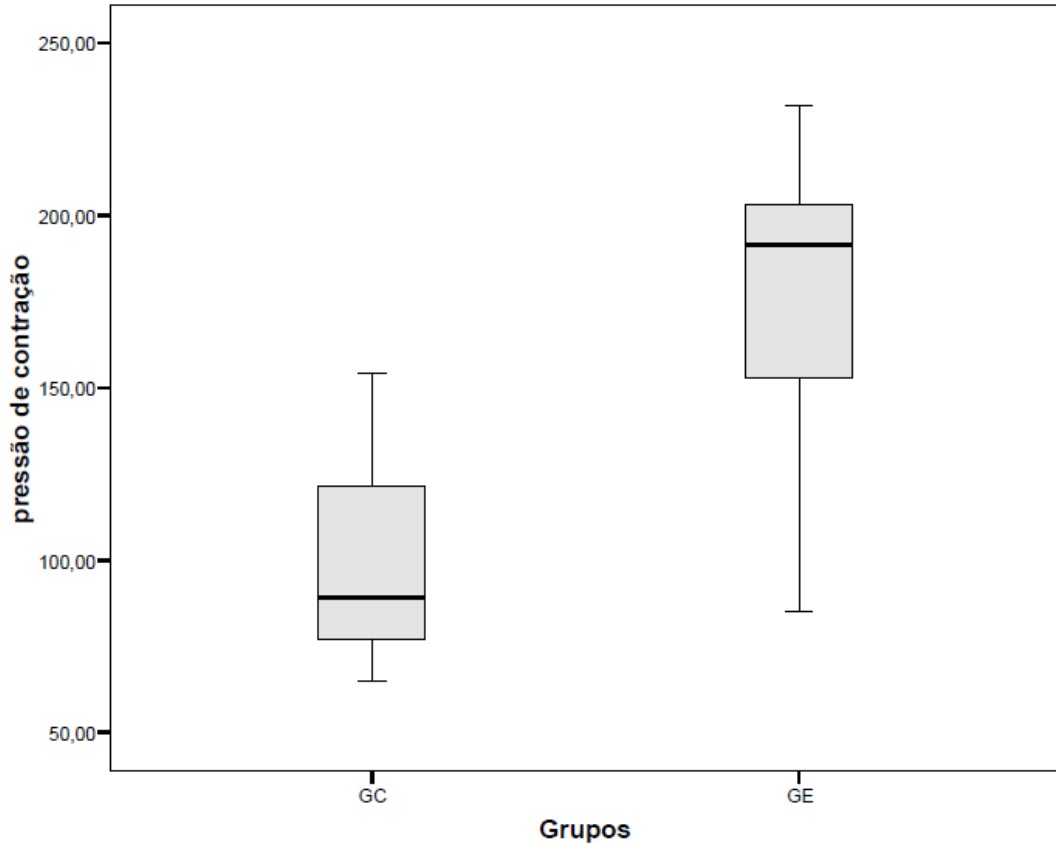
Na pressão de contração, o grupo GE apresentou média de 176,67 mmHg, e o Grupo Controle de 100,39 mmHg.

Tabela 8 – Valores da pressão de contração do canal anal (mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão, erro padrão) nos grupos GE e GC.

Pressão de contração	Grupo GE	Grupo GC	p valor
Mínimo	85,0	65,0	
Máximo	232,0	154,0	
Mediana	191,5	89,0	
Média	176,6	100,4	0,000*
Desvio padrão	39,7	28,9	
Erro padrão	6,8	6,0	

*p < 0,05

Figura 5. Distribuição das médias de pressão de contração do complexo esfinteriano anal nos Grupos GC e GE.



Fonte: próprio autor.

As pressões de repouso, de contração e a presença ou não de contração paradoxal de cada paciente do Grupo Controle estão descritas no apêndice H, e as do Grupo de Estudo no apêndice I.

Está resumida na tabela 9 a ocorrência dos tipos de hipertonia das pacientes do Grupo de Estudo, de acordo com os valores de referência utilizados neste trabalho. A maioria das pacientes avaliadas apresentou hipertonia de contração (14 pacientes, 41%).

Tabela 9 – Frequência de hipertonia de repouso e de contração isolada e hipertonia de repouso associada à hipertonia de contração no Grupo de Estudo (GE).

Hipertonia	Grupo de Estudo (GE)	TOTAL (%)
Hipertonia de repouso	11	32,4%
Hipertonia de contração	14	41%
Hipertonia de repouso e de contração	9	26,6%
Total	34	100%

Para os achados manométricos RIRA, sensibilidade, capacidade retal e comprimento do canal anal não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 10 – Valores médios e erro padrão da sensibilidade, capacidade retal e comprimento do canal anal nos grupos GE e GC.

Achados manométricos	Grupo GE n = 34	Grupo GC n = 23	p valor
Sensibilidade (ml)	20,87 ($\pm 0,60$)	20,0 ($\pm 0,00$)	0,162
Capacidade retal (ml)	320,87 ($\pm 14,41$)	275,29 ($\pm 18,06$)	0,054
Comprimento do canal anal (cm)	2,26 ($\pm 0,14$)	2,38 ($\pm 0,08$)	0,441

Conforme apresentado na tabela 11, a maioria das pacientes teve o RIRA presente (GE: 32 pacientes, 94,1%; GC: 23 mulheres, 100%), e houve 9 (39,1%) ocorrências de contração paradoxal no grupo GC e 4 (11,7%) no grupo GE com diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,003$).

Tabela 11 – Frequência da presença ou ausência do RIRA e contração paradoxal do puborretal nos grupos GE e GC.

Achados manométricos	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
RIRA				0,236
Presente	32 (94,1%)	23 (100%)	55 (96,5%)	
Ausente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0%)	
Indeterminado	2 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (3,5%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	
Contração paradoxal do puborretal				0,003*
Presente	4 (11,7%)	9 (39,1%)	13 (22,8%)	
Ausente	30 (88,3%)	14 (60,9%)	44 (77,2%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

* $p < 0,05$

Os dados individualizados por pacientes da sensibilidade, capacidade retal, comprimento do canal anal e RIRA do Grupo Controle estão detalhados no apêndice J e as do Grupo de Estudo no apêndice K.

4.3 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL

A frequência de dispareunia dos dois grupos está expressa na tabela 12. Proporcionalmente o Grupo Controle apresentou mais mulheres com dispareunia (GC: 9 pacientes, 39,1%) do que o Grupo de Estudo (GE: 10 pacientes, 29,5%), no entanto não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 12 – Frequência de dispareunia nos grupos GE e GC.

Dispareunia	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)	p valor
				0,445
Presença	10 (29,5%)	9 (39,1%)	19 (33,4%)	
Ausência	24 (70,5%)	14 (60,9%)	38 (66,6%)	
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)	

A média do escore do domínio dor do Grupo GE foi de 3,60 ($\pm 0,22$) e a do Grupo GC foi de 3,68 ($\pm 0,38$), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,400$). Na tabela 13 observa-se a frequência do escore do domínio dor nos dois grupos.

Tabela 13. Frequência do escore do domínio de dor nos grupos GE e GC.

Escore Domínio Dor	Grupo GE n (%)	Grupo GC n (%)	Total n (%)
0 – 2,0	0 (0%)	1 (4,3%)	1 (1,8%)
2,1 – 3,0	3 (8,8%)	1 (4,3%)	4 (7%)
3,1 – 4,4	7 (20,6%)	7 (30,5%)	14 (24,6%)
4,5 – 6,0	24 (70,6%)	14 (60,9%)	38 (66,6%)
Total	34 (100%)	23 (100%)	57 (100%)

Na avaliação dos escores dos domínios dor e lubrificação não houve diferença estatisticamente significativa quando comparado o grupo de mulheres com hipertonia

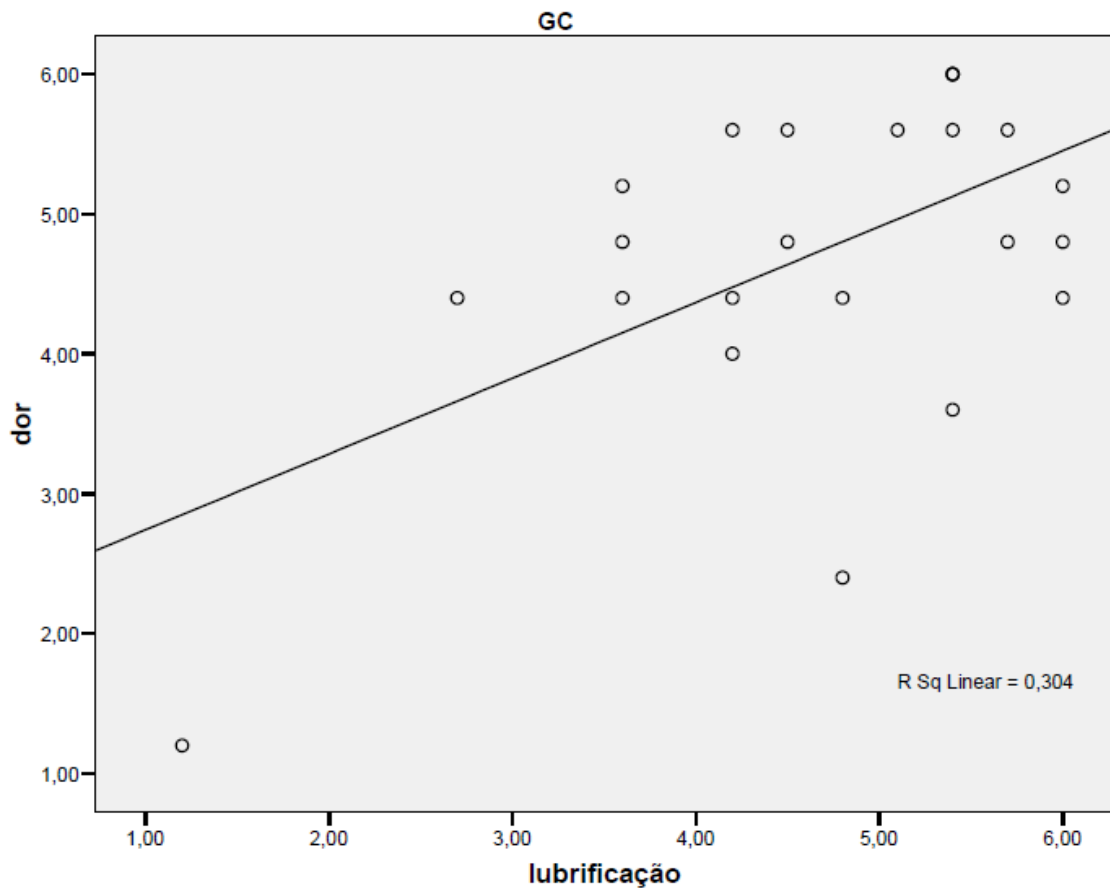
esfincteriana (Grupo GE) com o grupo de mulheres sem hipertonia esfincteriana (Grupo GC) ($p > 0,05$). Esses dados estão demonstrados na tabela 14.

Tabela 14 - Escores dos achados do questionário FSFI para os domínios dor e lubrificação nos grupos GE e GC.

Domínio	Grupo GE n = 34	Grupo GC n = 23	p valor
Lubrificação	4,8265	4,6696	0,682
Dor	4,8588	4,7304	0,699

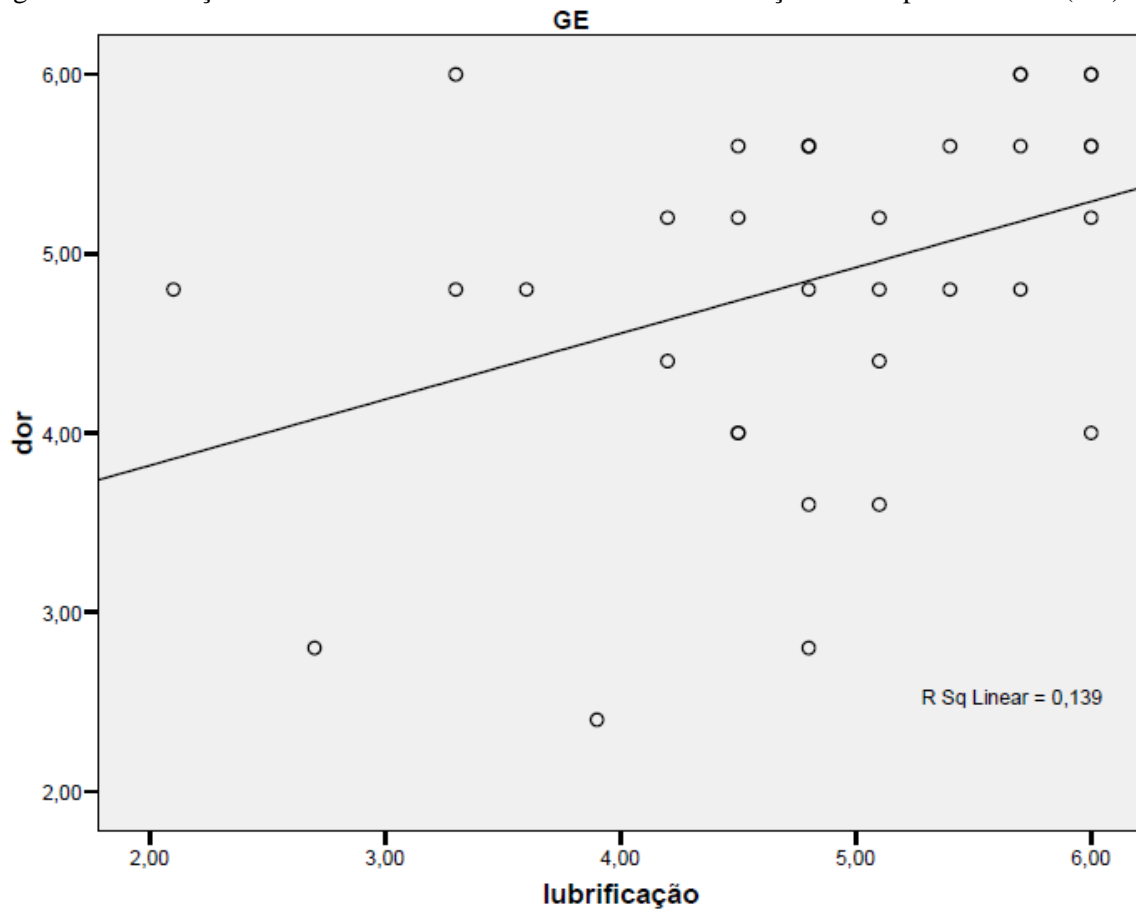
Na análise da correlação entre os domínios dor e lubrificação, a força de correlação entre as variáveis foi maior no Grupo GC ($r^2=0,304$) quando comparado ao Grupo GE ($r^2=0,139$). Esse dado é apresentado nos figuras 6 e 7.

Figura 6 - Correlação entre os escores dos domínios dor e lubrificação no Grupo Controle (GC).



Fonte: próprio autor.

Figura 7 - Correlação entre os escores dos domínios dor e lubrificação no Grupo de Estudo (GE).



Fonte: próprio autor.

Para avaliar a associação da fissura com a dispareunia verificou-se a proporção de mulheres nesses achados.

Na tabela 15 verifica-se a distribuição de pacientes segundo a fissura e a dispareunia. Na comparação entre esses subgrupos não houve diferença estatisticamente significativa no Grupo de Estudo ($p=0,842$) e no Grupo Controle ($p=0,295$).

Tabela 15 – Distribuição das pacientes segundo a frequência de fissura e dispareunia nos grupos GE e GC.

Dispareunia	Grupo GE 34 (100%)		Grupo GC 23 (100%)		Total n (%)
	Com fissura	Sem fissura	Com fissura	Sem fissura	
Presença	5 (14,7%)	5 (14,7%)	2 (8,7%)	7 (30,5%)	19 (33,4%)
Ausência	13 (38,3%)	11 (32,3%)	1 (4,3%)	13 (56,5%)	38 (66,6%)
Total	18 (53%)	16 (47%)	3 (13%)	20 (87%)	57 (100%)

Quando analisados os escores dos 6 domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) presentes no questionário FSFI e o escore total não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Dados apresentados na tabela 16 e nos apêndices L e M.

Tabela 16 – Médias dos escores dos domínios do questionário FSFI nos grupos GE e GC.

Domínio	Grupo GE n = 34 (100%)	Grupo GC N = 23 (100%)	p valor
Desejo	3,4588	3,7304	0,245
Excitação	4,1824	4,3826	0,325
Lubrificação	4,8265	4,6696	0,682
Orgasmo	4,0588	4,6435	0,135
Satisfação	4,5176	4,6609	0,786
Dor	4,8588	4,7304	0,699
Escore total	25,90 ($\pm 0,77$)	26,81 ($\pm 1,04$)	0,475

Em resumo, os grupos GC e GE foram semelhantes na idade, na escolaridade, no estado civil, no número de gestações, partos cesáreos, abortos, operações abdominais e pélvicas, doenças associadas, uso de anticoncepcional, escore de lubrificação e ocorrência de dispareunia.

Os achados manométricos sensibilidade, capacidade retal, comprimento do canal anal e RIRA também foram semelhantes entre os grupos.

O Grupo GC apresentou maior ocorrência de partos vaginais, episiotomias e contração paradoxal do puborretal em relação ao Grupo GE, com diferença estatisticamente significativa. O Grupo GE apresentou mais indicação de fissura anal para realização de manometria anorretal quando comparado com o Grupo GC, com diferença estatisticamente significativa.

O Grupo GE apresentou pressões de repouso e de contração maiores que o Grupo GC com diferença estatística, esse resultado era primordial para a definição dos grupos.

5 DISCUSSÃO

O relato de dor no canal vaginal durante o exame físico de pacientes encaminhadas à reabilitação do assoalho pélvico nos chamou a atenção por observar que clinicamente mulheres com essa queixa também referiam frequentemente dor associada à relação sexual.

A maioria dos encaminhamentos à reabilitação é por queixa urinária ou anorretal, e as queixas sexuais frequentemente não são relatadas durante a anamnese, porque as pacientes acreditam que questões sexuais não têm nenhuma associação com sua doença de base ou tratamento (SUNG et al., 2011), e que o tempo no ambiente clínico não favorece que aspectos sobre a vida sexual sejam abordados durante uma consulta (OHL, 2007).

Estes aspectos somados aos poucos estudos que avaliam o diagnóstico e o tratamento da dispareunia motivaram a realização deste estudo.

O processo de avaliação de pacientes com dispareunia deve ser individualizado e o cuidado com o ambiente é fundamental. O espaço deve ser reservado, pois a paciente está fazendo referência a uma das questões mais íntimas de sua vida pessoal (OHL, 2007). No nosso trabalho houve a preocupação com o controle do ambiente e com a forma da coleta realizada, para obter resultados mais confiáveis, já que estudos no campo da medicina sexual não conseguem resultados perfeitamente fidedignos pela natureza delicada das questões envolvidas (HITE, 1976).

Para melhor definir o fator causal da dispareunia das pacientes avaliadas, esta pesquisa procurou controlar grande parte das variáveis passíveis de confusão para este diagnóstico.

Neste estudo a idade, a escolaridade e o estado civil foram semelhantes entre os dois grupos sem diferença estatística. As características da população avaliada foram mulheres jovens, não principiantes na vida sexual, com parceiros fixos, que tem experiência sexual suficiente para não apresentar dificuldade para o relaxamento ou lubrificação como as mulheres no início da vida sexual, e que compreendem bem as perguntas do questionário aplicado.

Foram excluídas as mulheres na menopausa, visto que a queda hormonal pode acarretar atrofia vulvovaginal, uma possível causa de dispareunia (BINIK, 2010), e a idade maior que 50 anos está associada a este sintoma (ZHANG et al., 2011).

A história gestacional foi similar entre os grupos avaliados, no entanto o número de partos vaginais e conseqüentemente o número de episiotomias realizadas foi diferente estatisticamente, com maior ocorrência no Grupo Controle. Esses dois achados por si só

justificam as pressões mais baixas no Grupo GC. Partos vaginais e episiotomias estão associados a vários transtornos da região perineal, como incontinência urinária e a dispareunia (BERTOZZI et al., 2011), desse modo as mulheres deste grupo poderiam estar mais sujeita a dispareunia, no entanto mesmo tendo maior proporção, não houve diferença estatística entre os dois grupos.

A frequência de operações abdominais e pélvicas foi baixa nos dois grupos avaliados e sem diferença estatística entre eles. O mesmo ocorreu com as doenças associadas.

As pacientes ooforectomizadas e hysterectomizadas foram excluídas, porque esses procedimentos cirúrgicos estão associados à dispareunia (ZHANG et al., 2011). WURN et al. (2004) presumem que alguns casos de dispareunia podem ser devido à formação de aderências pélvicas consequentes de operações prévias ou processos inflamatórios, permitindo que as estruturas fiquem mais sensíveis à dor.

VERONELLI et al. (2009) afirmam que há maior prevalência de disfunção sexual em pacientes diabéticos e em obesos com hipotireoidismo.

O uso de anticoncepcional não apresentou diferença entre os grupos, e teve ocorrência maior que 60% nos dois grupos avaliados, sendo assim os dois grupos tiveram a mesma possibilidade de apresentar este sintoma em decorrência do uso desta medicação. O contraceptivo oral tem sido sugerido como um fator causal para dispareunia (HEIM, 2001; BOUCHARD et al., 2002).

Os dados manométricos RIRA, sensibilidade retal e comprimento do canal anal se mantiveram dentro dos padrões fisiológicos e não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Com relação a capacidade retal embora a diferença não tenha alcançado significado estatístico observou-se uma tendência ($p=0,054$), o Grupo de Estudo apresentou maior capacidade retal quando comparado ao Grupo Controle. Na literatura que tivemos acesso não encontramos dados que associassem este achado ao Grupo de Estudo, e nem tão pouco associação deste achado com a dispareunia.

Neste trabalho houve 9 indicações para a realização do exame de manometria anorretal, as mais frequentes foram a fissura anal (GE: 18 pacientes, 52,9%, GC: 3 pacientes, 13,1%) e a constipação intestinal (GE: 6 pacientes, 17,6%, GC: 9 pacientes, 39,2%), no entanto a indicação fissura anal apresentou diferença estatística entre os grupos ($p=0,002$).

Fez-se necessário então a análise dos pacientes com fissura anal separadamente por ser a dor uma característica clínica frequente. Fissura anal é uma condição comum dentre as queixas anorretais encontradas na prática médica. É caracterizada pela perda da continuidade

da pele do canal anal, na porção abaixo da linha pectínea, região altamente sensível despertando dor de elevada intensidade (CRUZ, 1999).

Muitas delas têm resolução espontânea, sem necessidade de terapêutica. Os pacientes que procuram assistência geralmente em consequência da combinação da dor anal intensa durante ou após a evacuação e a passagem de sangue vermelho vivo pelo ânus (HERZIG; LU, 2010; YAKOVLEV; KARASEV, 2010).

Podem ser classificadas em agudas ou crônicas. Durante o exame físico, na fissura anal aguda não se observa fibras transversas dos esfíncteres, apenas uma ulceração superficial. A cronicidade do quadro resulta na fissura anal crônica, onde as fibras do esfíncter interno são facilmente visíveis (CRUZ, 1999).

Na fissura anal aguda há o desaparecimento dos sintomas com 4 a 6 semanas. Já nas fissuras crônicas os sintomas perduram além desse período (HERZIG; LU, 2010).

A patogênese da fissura anal é pouco compreendida, mas acredita-se que a combinação da hipertonia do esfíncter anal interno, da isquemia relativa e do trauma do canal anal estejam relacionada, como causa ou como efeito (HERZIG; LU, 2010; YAKOVLEV; KARASEV, 2010). Como uma das funções da manometria anorretal é medir o tônus do complexo esfíncteriano anal (KIM, 2010), há a indicação da realização do exame em pacientes com fissura anal.

Neste estudo foram analisados os dados isoladamente para que a dor gerada pela fissura não interferisse no diagnóstico de dispareunia, para descartar a fissura como causa da dor durante a relação sexual. No Grupo GE, a proporção de pacientes com e sem dispareunia de acordo com o diagnóstico de fissura foi comparada e não houve diferença estatística. O mesmo ocorreu na avaliação desses pacientes no Grupo Controle. Isso confirma que a fissura anal não está associada com o diagnóstico de dispareunia nas pacientes avaliadas.

Na avaliação das pressões de repouso e de contração, a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa para as duas análises ($p=0,000$ para as duas pressões), isso confirma que, não apenas a pressão de repouso, onde o esfíncter anal interno é responsável por até 85% desse tônus de base (DUTHIE; WATTS, 1965), mas também a pressão de contração, pressão acrescida pelo esfíncter externo, puborretal e demais musculaturas do assoalho pélvico apresentaram hipertonia.

MURAD-REGADAS et al. (2010) afirmam que a manometria anorretal é altamente precisa na identificação de anismus. Já GÓES (2010) menciona que nos casos de constipação intestinal, a interpretação dos dados manométricos seria em sua maior parte especulativa, mas com possibilidade de associação de dados como pressão de repouso aumentada e a presença

de contração paradoxal do puborretal. PFEIFER (2010) relata que a presença de contração paradoxal do puborretal é bastante controversa, porque ocorre também em indivíduos normais, sem sintomas associados.

Em pacientes com anismus, a incoordenação do assoalho pélvico impede o adequado relaxamento durante o ato evacuatório (PFEIFER, 2010). Em pacientes com anismus, essa incoordenação pode ocorrer também no intercuro sexual, aumentando o tônus e a resistência, gerando a dor.

Diante disso, a ocorrência maior, no Grupo Controle, de episiotomias ($p=0,016$) e de contração paradoxal do puborretal ($p=0,003$) sugerem que essas pacientes possam ter apresentado mais dispareunia do que o esperado para este grupo, o que pode ter ocasionado na diferença não significativa entre os grupos para o diagnóstico de dispareunia ($p= 0,400$). Uma casuística maior poderia comprovar a hipótese de que o grupo de mulheres com hipertonia esfinteriana apresenta mais dispareunia quando comparado com um grupo sem essa alteração do complexo esfinteriano anal.

Para excluir a falta de lubrificação como fator causal para a dor durante o intercuro sexual o presente estudo fez a avaliação da correlação entre os domínios dor e lubrificação nos dois grupos.

É importante ressaltar que quanto maior o escore de lubrificação maior a frequência que a paciente manteve-se lubrificada durante a atividade sexual ou o coito. Já o escore dor apresenta-se de outra forma, quanto maior o escore menor os episódios de desconforto durante a penetração vaginal.

A correlação entre esses dois domínios se apresentou maior no Grupo Controle do que no Grupo de Estudo. Subentende-se que no Grupo Controle, apesar da diferença significativa da ocorrência de episiotomias e de contração paradoxal do puborretal, existe um relacionamento previsível entre as variáveis dor e lubrificação, sendo assim o aumento de uma variável é acompanhado por um aumento previsível na outra, isto é, se houver uma melhora na lubrificação, o quadro de dor diminui conseqüentemente.

Já no Grupo de Estudo o aumento de uma variável talvez não cause o aumento da outra, porque outros fatores também poderão estar envolvidos. Sendo assim, uma melhora na lubrificação não acarretará conseqüentemente na diminuição da dor, justamente pela existência de fatores associados, como por exemplo, a hipertonia esfinteriana.

Diante do exposto, embora tenha havido proporcionalmente mais mulheres com dispareunia no Grupo Controle e não tenha havido diferença estatisticamente significativa na proporção de pacientes com dispareunia entre os grupos, sugere-se que a dispareunia

encontrada no Grupo Controle esteja mais relacionada com falta de lubrificação, e a do Grupo de Estudo com a hipertonía do complexo esfínteriano anal.

SUTTON et. al. (2012) realizaram um estudo com uso de lubrificantes em mulheres com e sem dispareunia. Elas foram avaliadas pelo FSFI, e o estudo concluiu que mulheres com dispareunia apresentaram significativamente menos lubrificação e mais disfunção sexual do que as mulheres sem esse diagnóstico.

Ainda no estudo de SUTTON et. al. (2012) o uso de lubrificante foi mais eficaz nas mulheres sem dispareunia do que nas pacientes com dispareunia. As pacientes sem dor mencionaram que utilizavam o lubrificante para diminuir a secura vaginal quando ocorria, e aumentar o prazer. Já as mulheres com dispareunia referiram menos eficácia, embora usassem com mais frequência, e utilizavam com o objetivo de reduzir ou aliviar a dor.

Em um estudo que avaliou a presença de anodispareunia, dor no intercurso sexual anal, os autores afirmaram que, mulheres que têm prática de coito anal, que apresentam ou não dor neste tipo de relação, mencionaram que a incapacidade de relaxar a musculatura do assoalho pélvico é a justificativa mais frequente para o quadro de dor (ŠTULHOFER; AJDUKOVIĆ, 2011).

Dentre as limitações do presente estudo está a falta de informações que interferem na função sexual como o uso de medicação, opção religiosa, avaliação psicológica sobre história de abuso sexual ou trauma e avaliação física da musculatura do assoalho pélvico. Outra limitação foi o pequeno tamanho da amostra. Seria útil uma amostra maior na tentativa de conseguir comprovar a hipótese proposta, no entanto, estas limitações não constituíram impedimento para validar os resultados do estudo e as conclusões que se retiraram a partir de suas análises.

A maioria dos estudos sobre dispareunia tem o foco no diagnóstico, na prevalência, no tratamento farmacológico e na abordagem psicológica. Informações sobre outras modalidades de tratamentos têm sido limitadas.

No entanto, estudos recentes já demonstram que em pacientes com dispareunia, os exercícios de Kegel são indicados para ajudar a paciente a relaxar os músculos do assoalho pélvico (SUNG et al., 2011). WURN et al. (2004) aplicaram terapia manual com liberação miofascial em pacientes com dispareunia em decorrência de aderências e encontraram resultados significativamente satisfatórios na diminuição da dor durante o intercurso sexual.

Considerando a literatura científica e os resultados do presente estudo, feitas as ressalvas a eventuais limitações metodológicas, abrem-se perspectivas para futuras

investigações no diagnóstico e no tratamento da dispareunia causada por hipertonia dos músculos do assoalho pélvico.

6 CONCLUSÃO

Considerando as condições em que essa investigação foi conduzida e com base nos resultados obtidos, a hipertonia do complexo esfinteriano anal não se associou a ocorrência de dispareunia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clin*, v. 33, p. 162-167, 2006.
- ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA JUNIOR, W.M.; MOREIRA JUNIOR, E.D.; FITTIPALDI, J.A.S. 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, p. 160-166, 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin: chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, n. 103, p. 589-605, 2004.
- AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.
- BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, v. 163, p. 888–893, 2000.
- BERMAN, J.R.; BERMAN, L.; GOLDSTEIN, I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology*, v. 54, p. 385-391, 1999.
- BERTOZZI, S.; LONDERO, A.P.; FRUSCALZO, A.; DRIUL, L.; DELNERI, C.; CALCAGNO, A.; et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Womens Health*, v. 18, p. 1 -7, 2011.
- BINIK, Y.M. The DSM Diagnostic Criteria for Dyspareunia. *Arch Sex Behav*, v. 39, p. 292-303, 2010.
- BOUCHARD, C.; BRISSON, J.; FORTIER, M.; MORIN, C.; BLANCHETTE, C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am J Epidemiol*, v. 156, p. 254-261, 2002.
- BROWN, T.M.; FEE, E. Alfred C. Kinsey: a pioneer of sex research. *Am J Public Health*, v. 93, p. 896-897, 2003.
- CEREJO, A.C. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Clin Geral*, v. 22, p. 701-720, 2006.
- CRUZ, G.M.G. Fissuras anais inespecíficas ou primárias. In: CRUZ, G.M.G. *Coloproctologia Propedêutica Geral. Volume II*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 1157-1166.
- DEROGATIS, L.R.; BURNETT, A.L. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med*, v. 5, p. 289–300, 2008.

DUTHIE, H.L.; WATTS, J.M. Contribution of the external anal sphincter to the pressure zone in the canal anal. *Gut*, v. 6, p. 64-68, 1965.

ETIENNE, M.A.; WAITMAN, M.C. *Disfunções sexuais femininas*. 1. ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

FISHER, K.A. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Physical therapy*, v. 87, p. 935-941, 2007.

FITZGERALD, M.P.; KOTARINOS, R. Rehabilitation of the short pelvic floor, II: treatment of the patient with the short pelvic floor. *Intl Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, v. 14, p. 269-275, 2003.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, p. 33-38, 2000.

FSFI. Female Sexual Function Index. Disponível em: <<http://www.fsfiquestionnaire.com/FSFI%20Scoring%20Appendix.pdf>>. Acesso em: 19 janeiro 2012.

GÓES, J.R.N.; COY, C.S.R. Manometria anorretal. In: REGADAS, F.S.P.; REGADAS, S.M.M. *Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico. Atlas de Ultra-Sonografia Anorretal Bi e Tridimensional*. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. p. 118-124.

GÓES, J. R. N. Particularidades da Manometria Anorretal. In: OLIVEIRA, L.C.C. *Fisiologia Anorretal*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 73-90.

GRAZIOTTIN, A. Etiology and diagnosis of coital pain. *J Endocrinol Invest*, v. 26, Suppl, p. 115-121, 2003.

HEIM, L.J. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician*, v. 63, p. 1535-1544, 2001.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP, E.; GOLDIM, J.R.; PASSOS, E.P. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA*, v. 27, p. 10-14, 2007.

HERZIG, D.O.; LU, K.C. Anal Fissure. *Surg Clin North Am*, v. 90, p. 33-44, 2010.

HITE, S. *O Relatório Hite – um profundo estudo sobre a sexualidade feminina*. São Paulo: Difel, 1976. 487p.

HULL, M.; CORTON, M.M. Evaluation of the levator ani and pelvic wall muscles in levator ani syndrome. *Urol Nurs*, v. 29, p. 225 – 231, 2009.

JORGE, J.M.N.; SOUSA, M.M. Anatomia do assoalho pélvico. In: OLIVEIRA, L.C.C. *Fisiologia Anorretal*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 1-19.

JORGE, J.M.; WEXNER, S.D. Anorectal manometry: techniques and clinical applications. *South Med J*, v. 86, p. 924-931, 1993.

KAPLAN, H.S. A nova terapia do sexo – tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974. 494.

KIM, J.H. How to interpret conventional anorectal manometry. *J Neurogastroenterol Motil*, v. 16, p. 437-439, 2010.

KINGSBERG, S.; ALTHOF, S.E. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J*, v. 20, n. Suppl 1, p. S33-S43, 2009.

KINSEY. Produção de Gail Mutrux. Direção de Bill Gordon. Alemanha/EUA, 2004. DVD (118 min). Color, Inglês.

KLEINUBING Jr, H. Anatomia do reto e do canal anal. In: REGADAS, F.S.P.; REGADAS, S.M.M. Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico. Atlas de Ultra-Sonografia Anorretal Bi e Tridimensional. Rio de Janeiro: Revinter, 2007. p. 3-11.

KUBIE, L.S. Dr. Kinsey and the medical profession. *Psychosom Med*, v. 17, p. 172-184, 1955.

LARA, L.A.S.; SILVA, A.C.J.S.R.; ROMA, A.P.M.S.; JUNQUEIRA, F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 30, p. 312-321, 2008.

LEITE, A.P.L.; MOURA, E.A.; CAMPOS, A.A.S.; MATTAR, R.; SOUZA, E.; CAMANO, L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 29, p. 414-419, 2007.

MANLEY, G.; ODOM, K. L. Treating female pelvic pain disorders using a combination of pelvic floor physical therapy and sex therapy. *Contemporary Sexuality*, v. 40, p. 13-18, 2006.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. A Inadequação Sexual Humana. São Paulo: Roca, 1985. p. 364.

MESSELINK, B.; BENSON, T.; BERGHMANS, B.; BØ, K.; CORCOS, J.; FOWLER, C. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, v. 24, p. 374-380, 2005.

MESTON, C.M.; DEROGATIS, L.R. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther*, v. 28, p. 155-164, 2002.

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

MONIF, G.R.; BELATTI Jr, R.G. IntercoursereLATED vaginal pain syndrome: a variant of “vulvar vestibulitis syndrome”? *Am J Obstet Gynecol*, v. 169, p. 194-196, 1993.

MUNARRIZ, R.; KIM, N.N.; GOLDSTEIN, I.; TRAISH, A.M. Biology of female sexual function. *Urol Clin N Am*, v. 29, p. 685-693, 2002.

MURAD-REGADAS, S.M.; REGADAS, F.S.P.; BARRETO, R.G.L.; RODRIGUES, L.V.; FERNANDES, G.O.S.; LIMA, D.M.R. Is dynamic two-dimensional anal ultrasonography useful in the assessment of anismus? A comparison with manometry. *Arq Gastroenterol*, v. 47, p. 368-372, 2010.

OHL, L.E. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urol Nurs*, v. 27, p. 57-63, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10). São Paulo: OMS; 1995.

PELOSO Jr, O.; GARBELLOTTI Jr, S.A. Anatomia funcional da pele e do períneo. In: MORENO, A.L. *Fisioterapia em uroginecologia*. São Paulo: Editora Manole, 2009. p. 1-21.

PFEIFER, J. Constipação. In: OLIVEIRA, L.C.C. *Fisiologia Anorretal*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 181-197.

PRADO, D.S.; ARRUDA, R.M.; FIGUEIREDO, R.C.M. Avaliação do impacto da correção cirúrgica de distopias genitais sobre a função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 29, p. 519-524, 2007.

PRENDERGAST, S.A.; WEISS, J.M. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*, v. 46, p. 773-782, 2003.

REISSING, E.D.; BINIK, Y.M.; KHALIFE, S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis*, v. 187, p. 261-274, 1999.

RIVADENERIA, D.E.; BARRETT, R.C.; ROBERTS, P.L. Métodos de fisiologia anorretal. In: OLIVEIRA, L.C.C. *Fisiologia Anorretal*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 49-72.

ROGERS Jr, R.M. Anatomia do suporte pélvico. In: BENT, A.E.; OSTERGARD, D.R.; CUNDIFF, G.W.; SWIFT, S.E. *Uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 15-25.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, v. 26, p. 191-208, 2000.

SANGWAN, Y.P.; SOLLA, J.A. Internal anal sphincter: advances and insights. *Dis Colon Rectum*, v. 41, p. 1297-1311, 1998.

SENA, T. Os relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: As sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas. Florianópolis, SC. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

ŠTULHOFER, A.; AJDUKOVIĆ, D. Should we take anodyspareunia seriously? A descriptive analysis of pain during receptive anal intercourse in young heterosexual women. *J Sex Marital Ther*, v. 37, p. 346 – 358, 2011.

SUNG, S.; JENG, C.; LIN, Y. Sexual health care for women with dyspareunia. *Taiwan J Obstet Gynecol*, v. 50, p. 268 – 274, 2011.

SUTTON, K.S.; BOYER, S.C.; GOLDFINGER, C.; EZER, P.; PUKALL, CF. To lube or not of lube: experiences and perceptions of lubricant use in women with and without dyspareunia. *J Sex Med*, v. 9, p. 240-250, 2012.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, v. 10, p. 1403-1409, 1995.

VALADARES, A.L.; PINTO-NETO, A.M.; CONDE, D.M.; SOUSA, M.H.; OSIS, M.J.; COSTA-PAIVA, L. A population-based study of dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. *Menopause*, v. 15, p. 1184-1190, 2008.

VERONELLI, A.; MAURI, C.; ZECCHINI, B.; PECA, M.G.; TURRI, O.; VALITUTTI, M.T.; DALL'ASTA, C.; PONTIROLI, A.E. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med*, v. 6, p. 1561-1568, 2009.

WEST, S.L.; VINIKOOR, L.C. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res*, v. 15, p. 40-172, 2004.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*, v. 31, p. 1-20, 2005.

WURN, L.J.; WURN, B.F.; KING, C.R.; ROSCOW, A.S.; SCHARF, E.S.; SHUSTER, J.J. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. *MedGenMed*, v. 6, 2004.

YAKOVLEV, A.; KARASEV, S.A. Successful treatment of chronic anal fissure utilizing sacral nerve stimulation. *WMJ*, v. 109, p. 279-282, 2010.

ZHANG, A.X.; CHEN, X.Y.; PAN, L.J.; LEI, Y.; KAN, Y.L. Multivariate analysis of dyspareunia in women. *Zhonghua Nan Ke Xue*, v. 17, p. 1073-1077, 2011.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada a participar do estudo **“Estudo da associação entre dispareunia e o tônus do complexo esfíncteriano anal em mulheres adultas”**, na qual Samantha Figueiredo Frota Fernandes é a pesquisadora responsável, sob orientação do Professor João Batista de Sousa.

Os avanços na área da saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar se a presença de alguns aspectos do seu intestino pode estar contribuindo para a presença de queixas sexuais, como a dor durante a relação sexual.

Você pode ou não participar desta pesquisa. Você fará um exame chamado manometria anorretal para avaliação do seu intestinal e de sua evacuação, conforme foi prescrito pelo médico. Caso aceite participar, será necessário, antes a realização da manometria anorretal, que você responda algumas perguntas sobre seus dados pessoais, sua história clínica e um questionário sobre a sua função sexual.

As perguntas sobre sua história clínica incluirão quantas gestações, quantos partos normais e cesáreos, abortos, se está na menopausa, quais as cirurgias que você já fez e se você tem alguma doença.

Gostaríamos que soubesse um pouco mais sobre o questionário e o exame a qual você será submetida caso ingresse voluntariamente em nossa pesquisa.

O questionário, que você responderá antes do exame, avalia a função sexual feminina. É constituído por 19 perguntas que mede o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor durante a relação sexual. É um questionário simples e de fácil entendimento.

O exame, chamado de manometria anorretal é um exame simples, indolor, sem riscos, sem necessidade de anestesia ou medicamentos. Este exame é o mais indicado para avaliar o funcionamento de seu intestino. Ele não gera dor nem riscos ao paciente, é rápido, de baixo custo para o hospital, além de bastante esclarecedor para avaliar a sua evacuação. Para realização será necessário usar um aparelho no qual uma delicada sonda (mais fina que uma caneta e menor que seu dedo indicador) será introduzida no ânus, permitindo avaliar a pressão do canal anal, quantificar a sensibilidade e capacidade do reto, e avaliar os reflexos próprios desta região. Em seguida, será solicitado a você que contraia a região anal (“feche o ânus e o bumbum”), depois relaxe (“solte a região”) e por último faça um esforço evacuatório (“força para fazer cocô”). Os dados captados por esse aparelho serão interpretados por sistema de computador. O exame terá duração máxima de 10 minutos.

Você poderá obter mais informações e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não será exposto a nem um risco pessoal e nem referente à realização de seu tratamento. Você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado como número para zelo de sua privacidade.

Caso você concorde em participar é necessário que assinie abaixo.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não

afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Brasília,...../ /.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

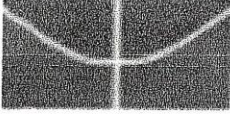
Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Qualquer dúvida não hesite em entrar em contato com o pesquisador responsável (61) 3345-4054 ou com Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (61) 3307-2520 ou 3273-4069.

APÊNDICE B – Ficha de anamnese

	Universidade de Brasília / Pós-graduação – Mestrado “Estudo da associação entre dispareunia e o tônus do complexo esfíncteriano anal em mulheres adultas”	
ANAMNESE		
Idade:		
Estado civil:		
() Solteira/ () Casada/ () Viúva/ () Separada judicialmente/ () União consensual/ () Ignorado		
Vida sexual ativa: () sim / () não		
Números de gestações:		
Número de partos normais:		
Número de partos cesáreos:		
Necessitou realizar episiotomia em algum dos partos:		
Número de abortos:		
Operações abdominais e pélvicas prévias:		
Uso de anticoncepcional: () sim / () não		
Uso de algum hormônio: () sim / () não. Qual:		
Doenças associadas:		
() Diabetes mellitus		
() Hipotireoidismo		
() Infecção genital no período		
() Infecção urinária no período		
() Infecção anal no período		
() Fissura anal no período		
Obs.:		

APÊNDICE C – Ficha da manometria anorretal

Manometria anorretal		Nº	
Indicação:			
Examinador:			
Realizado em:			
RIRA: () presente / () ausente / () indeterminado			
Sensibilidade:			
Capacidade retal:			
Comprimento do canal anal:			
Pressão média de repouso do canal anal			
Valor exato:	cmH ₂ O	() < 50cmH ₂ O	() 50 - 70cmH ₂ O () > 70 cmH ₂ O
Pressão média de contração do canal anal			
Valor exato:	cmH ₂ O	() <100cmH ₂ O	() 100 - 180cmH ₂ O () >180 cmH ₂ O
Contração paradoxal do músculo puborretal			
() presente	() ausente		
Conclusão:			
() Exame normal			
() Hipotonia esfínteriana de repouso			
() Hipotonia esfínteriana de contração			
() Hipotonia esfínteriana de repouso e de contração			
() Hipertonia esfínteriana interna			
() Hipertonia esfínteriana externa			
() Hipertonia esfínteriana interna e externa			
() Presença de contração paradoxal do músculo puborretal			
() Ausência de contração paradoxal do músculo puborretal			
Observações:			

APÊNDICE D – Característica idade e estado civil do Grupo Controle (GC)

Identificação	Idade (anos)	Estado civil
GC1	46	Solteira
GC2	32	Casada
GC3	41	Casada
GC4	33	Casada
GC5	37	Casada
GC6	37	Casada
GC7	29	Casada
GC8	41	Casada
GC9	51	Separada judicialmente
GC10	31	Casada
GC11	39	Casada
GC12	26	Solteira
GC13	34	Casada
GC14	24	Solteira
GC15	50	Solteira
GC16	44	Casada
GC17	34	Casada
GC18	18	Casada
GC19	25	União consensual
GC20	40	Casada
GC21	35	Separada judicialmente
GC22	43	União consensual
GC23	36	Casada

APÊNDICE E – Característica idade e estado civil do Grupo de Estudo (GE)

Identificação	Idade (anos)	Estado civil
GE1	34	Casada
GE2	36	Casada
GE3	44	Casada
GE4	33	Solteira
GE5	31	Solteira
GE6	42	Casada
GE7	36	União consensual
GE8	38	União consensual
GE9	30	Solteira
GE10	30	Casada
GE11	32	Solteira
GE12	40	Casada
GE13	43	Solteira
GE14	47	Casada
GE15	49	Casada
GE16	27	Casada
GE17	45	Casada
GE18	27	Solteira
GE19	35	Casada
GE20	34	União consensual
GE21	22	Solteira
GE22	28	Casada
GE23	28	Solteira
GE24	43	Casada
GE25	46	Separada judicialmente
GE26	31	Solteira
GE27	33	Solteira
GE28	47	Casada
GE29	21	Casada
GE30	28	Casada
GE31	35	Casada
GE32	28	Casada
GE33	46	Casada
GE34	42	Solteira

APÊNDICE F – Distribuição do número de gestações, partos vaginais, cesáreos e abortos do Grupo Controle (GC)

Identificação	Número de gestações	Partos vaginais	Partos cesáreos	Abortos
GC1	4	4	0	0
GC2	0	0	0	0
GC3	2	0	1	1
GC4	2	2	0	0
GC5	1	1	0	0
GC6	3	2	1	0
GC7	0	0	0	0
GC8	1	1	0	0
GC9	4	1	2	1
GC10	0	0	0	0
GC11	1	0	1	0
GC12	0	0	0	0
GC13	2	0	2	0
GC14	1	0	1	0
GC15	0	0	0	0
GC16	4	4	0	0
GC17	2	0	2	0
GC18	0	0	0	0
GC19	0	0	0	0
GC20	3	2	1	0
GC21	2	2	0	0
GC22	4	3	0	1
GC23	2	1	0	1

APÊNDICE G - Distribuição do número de gestações, partos vaginais, cesáreos e abortos do Grupo de Estudo (GE)

Identificação	Número de gestações	Partos vaginais	Partos cesáreos	Abortos
GE1	2	0	2	0
GE2	2	0	2	0
GE3	4	3	0	1
GE4	0	0	0	0
GE5	0	0	0	0
GE6	2	0	2	0
GE7	1	0	0	1
GE8	8	1	1	6
GE9	0	0	0	0
GE10	0	0	0	0
GE11	0	0	0	0
GE12	3	0	2	1
GE13	0	0	0	0
GE14	2	0	2	0
GE15	3	0	3	0
GE16	0	0	0	0
GE17	2	2	0	0
GE18	0	0	0	0
GE19	3	0	3	0
GE20	3	1	1	1
GE21	0	0	0	0
GE22	0	0	0	0
GE23	0	0	0	0
GE24	2	2	0	0
GE25	0	0	0	0
GE26	0	0	0	0
GE27	0	0	0	0
GE28	3	0	2	1
GE29	0	0	0	0
GE30	1	0	1	0
GE31	2	1	0	1
GE32	0	0	0	0
GE33	3	0	3	0
GE34	1	1	0	0

APÊNDICE H – Achados da manometria anorretal em cada participante do Grupo Controle (Grupo GC): valores das pressões de repouso e de contração do canal anal funcional, presença ou ausência de contração paradoxal do músculo puborretal e dos esfíncteres anais.

Identificação	Pressão média de repouso (mmHg)	Pressão média de contração (mmHg)	Contração paradoxal
GC1	43	75	Ausente
GC2	65	120	Presente
GC3	65	123	Ausente
GC4	61	123	Presente
GC5	23	73	Ausente
GC6	29	72	Ausente
GC7	31	97	Ausente
GC8	34	65	Presente
GC9	43	98	Ausente
GC10	43	83	Presente
GC11	53	147	Presente
GC12	49	83	Presente
GC13	53	85	Presente
GC14	69	154	Presente
GC15	62	98	Ausente
GC16	54	152	Ausente
GC17	43	78	Ausente
GC18	62	109	Ausente
GC19	43	74	Presente
GC20	32	76	Presente
GC21	53	89	Ausente
GC22	69	83	Ausente
GC23	67	152	Ausente

APÊNDICE I – Achados da manometria anorretal em cada participante do Grupo de Estudo (Grupo GE): valores das pressões de repouso e de contração do canal anal funcional, presença ou ausência de contração paradoxal do músculo puborretal e dos esfíncteres anais.

Identificação	Pressão média de repouso (mmHg)	Pressão média de contração (mmHg)	Contração paradoxal
GE1	89	203	Ausente
GE2	94	205	Ausente
GE3	102	179	Ausente
GE4	32	198	Presente
GE5	74	198	Ausente
GE6	86	220	Ausente
GE7	92	183	Ausente
GE8	61	182	Ausente
GE9	83	152	Ausente
GE10	73	148	Ausente
GE11	93	121	Ausente
GE12	42	182	Ausente
GE13	32	182	Presente
GE14	62	203	Ausente
GE15	45	203	Presente
GE16	45	210	Ausente
GE17	65	194	Ausente
GE18	69	187	Ausente
GE19	67	198	Ausente
GE20	52	198	Ausente
GE21	78	198	Ausente
GE22	89	91	Ausente
GE23	89	153	Ausente
GE24	72	203	Ausente
GE25	55	232	Ausente
GE26	98	145	Ausente
GE27	87	178	Ausente
GE28	89	203	Presente
GE29	67	189	Ausente
GE30	43	196	Ausente
GE31	72	85	Ausente
GE32	79	89	Ausente
GE33	81	89	Ausente
GE34	79	210	Ausente

APÊNDICE J – Dados manométricos: sensibilidade, capacidade retal, comprimento do canal anal e o RIRA do Grupo Controle (GC)

Identificação	Sensibilidade	Capacidade retal	Comprimento canal anal	RIRA
GC1	20 ml	180 ml	2 cm	Presente
GC2	30 ml	240 ml	2 cm	Presente
GC3	20 ml	300 ml	2 cm	Presente
GC4	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GC5	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC6	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GC7	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC8	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC9	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GC10	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC11	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC12	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC13	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GC14	30 ml	240 ml	3 cm	Presente
GC15	20 ml	240 ml	3 cm	Presente
GC16	20 ml	300 ml	1 cm	Presente
GC17	20 ml	120 ml	2 cm	Presente
GC18	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GC19	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC20	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC21	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC22	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GC23	20 ml	180 ml	2 cm	Presente

APÊNDICE K – Dados manométricos: sensibilidade, capacidade retal, comprimento do canal anal e o RIRA do Grupo de Estudo (GE)

Identificação	Sensibilidade	Capacidade retal	Comprimento canal anal	RIRA
GE1	20 ml	180 ml	3 cm	Presente
GE2	20 ml	120 ml	2 cm	Presente
GE3	20 ml	240 ml	3 cm	Presente
GE4	20 ml	150 ml	2 cm	Presente
GE5	20 ml	180 ml	2 cm	Presente
GE6	20 ml	120 ml	3 cm	Presente
GE7	20 ml	120 ml	2 cm	Presente
GE8	20 ml	120 ml	2 cm	Presente
GE9	20 ml	120 ml	2 cm	Presente
GE10	20 ml	180 ml	2 cm	Presente
GE11	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE12	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE13	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE14	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE15	20 ml	360 ml	3 cm	Indeterminado
GE16	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE17	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE18	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE19	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE20	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE21	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE22	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE23	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE24	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE25	20 ml	180 ml	2 cm	Indeterminado
GE26	20 ml	150 ml	3 cm	Presente
GE27	20 ml	180 ml	2 cm	Presente
GE28	20 ml	120 ml	2 cm	Presente
GE29	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE30	20 ml	360 ml	2 cm	Presente
GE31	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE32	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE33	20 ml	360 ml	3 cm	Presente
GE34	20 ml	360 ml	2 cm	Presente

APÊNDICE L – Escores do questionário FSFI do Grupo Controle (GC)

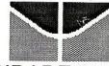
Identificação	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
GC1	4,8	4,80	3,60	2,80	3,60	5,20	24,80
GC2	3,6	3,00	4,50	2,80	4,00	4,80	22,70
GC3	4,8	4,50	5,70	5,20	4,80	5,60	30,60
GC4	5,4	5,10	4,50	4,40	6,00	5,60	31,00
GC5	4,8	5,10	5,70	4,80	4,80	4,80	30,00
GC6	4,8	3,90	5,40	4,80	4,80	5,60	29,30
GC7	3,0	4,50	5,40	5,60	6,00	6,00	30,50
GC8	5,4	5,40	4,20	4,40	6,00	5,60	31,00
GC9	5,4	5,10	5,40	4,80	3,20	6,00	29,90
GC10	3,0	4,50	5,10	4,80	5,60	5,60	28,60
GC11	3,0	5,10	6,00	6,00	6,00	4,80	30,90
GC12	3,0	3,60	3,60	4,40	5,60	4,80	25,00
GC13	3,6	6,00	6,00	6,00	4,40	5,20	31,20
GC14	4,8	4,20	5,40	4,80	5,60	6,00	30,80
GC15	3,0	4,20	4,20	4,40	4,80	4,40	25,00
GC16	3,0	3,30	3,60	4,40	4,40	4,40	23,10
GC17	1,2	2,70	4,20	4,80	2,40	4,00	19,30
GC18	4,2	4,80	4,80	5,60	6,00	2,40	27,80
GC19	1,2	3,00	1,20	5,20	3,20	1,20	15,00
GC20	1,2	2,40	2,70	2,80	2,00	4,40	15,50
GC21	4,2	5,10	4,80	3,20	4,00	4,40	25,70
GC22	3,6	5,10	5,40	4,80	4,00	3,60	26,50
GC23	4,8	5,40	6,00	6,00	6,00	4,40	32,60

APÊNDICE M – Escores do questionário FSFI do Grupo de Estudo (GE)

Identificação	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Escore total
GE1	3,0	3,30	4,50	2,80	3,60	5,20	22,40
GE2	2,4	5,40	4,20	5,60	4,80	5,20	27,60
GE3	4,8	4,80	6,00	5,20	6,00	5,60	32,40
GE4	1,8	2,40	3,30	1,20	2,80	6,00	17,50
GE5	3,0	5,70	6,00	1,60	5,20	5,20	26,70
GE6	3,0	5,10	4,80	6,00	6,00	5,60	30,50
GE7	5,4	5,10	6,00	2,80	6,00	5,60	30,90
GE8	5,4	5,40	6,00	6,00	6,00	6,00	34,80
GE9	3,6	5,10	5,40	4,40	6,00	4,80	29,30
GE10	4,2	3,90	3,30	4,00	3,20	4,80	23,40
GE11	4,2	4,20	4,80	4,00	3,20	5,60	26,00
GE12	3,0	4,50	6,00	4,40	5,20	6,00	29,10
GE13	3,0	4,50	5,10	5,60	4,80	4,80	27,80
GE14	2,4	4,50	4,80	5,20	5,20	5,60	27,70
GE15	1,2	4,50	2,10	4,40	2,80	4,80	19,80
GE16	3,6	4,20	5,70	2,40	3,60	5,60	25,10
GE17	3,0	4,20	5,40	5,60	6,00	5,60	29,80
GE18	4,8	4,50	4,80	3,60	4,40	4,80	26,90
GE19	6,0	3,60	5,70	3,20	1,20	4,80	24,50
GE20	3,0	2,70	3,60	3,20	3,20	4,80	20,50
GE21	3,0	4,50	4,50	2,40	2,40	5,60	22,40
GE22	3,0	4,20	5,70	4,40	5,20	6,00	28,50
GE23	4,2	5,10	5,10	5,60	6,00	5,20	31,20
GE24	3,0	4,50	5,70	5,60	6,00	6,00	30,80
GE25	4,8	4,80	5,10	4,80	4,00	3,60	27,10
GE26	3,6	4,50	4,50	4,80	4,80	4,00	26,20
GE27	3,0	3,90	6,00	2,40	5,60	4,00	24,90
GE28	3,0	3,30	4,80	4,80	4,80	3,60	24,30
GE29	4,8	3,90	3,90	4,40	5,20	2,40	24,60
GE30	3,0	4,20	4,20	4,80	4,80	4,40	25,40
GE31	1,2	1,80	2,70	1,60	2,40	2,80	12,50
GE32	3,0	3,60	4,80	1,60	3,60	2,80	19,40
GE33	3,6	3,00	4,50	4,40	4,80	4,00	24,30
GE34	3,6	3,30	5,10	5,20	4,80	4,40	26,40

Anexos

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa FM/UNB



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro de Projeto: CEP-FM 043/2010.

Título: "Estudo da associação entre dispareunia e o tônus do complexo esfinteriano anal em mulheres adultas".

Pesquisador Responsável: Samantha Figueiredo Frota Fernandes.

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo (s) de pesquisador (es).

Data de entrega: 11/05/2010.

Parecer do (a) relator (a)

Aprovação

Não aprovação.

Data da primeira análise pelo CEP-FM/UNB: 31/05/2010.

Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UNB: 31/05/2010.

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96 e resoluções posteriores, que regulamentam a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu **APROVAR** "ad referendum", conforme parecer do (a) relator (a), o projeto de pesquisa acima especificado quanto aos seus aspectos éticos.

1. Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves;
2. O (s) pesquisador (es) deve (m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM, sendo o 1º previsto para 20 de janeiro de 2010.

Brasília, 19 de Julho de 2010


Prof.^a Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina-UNB

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa SES/DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0017/2011 - CEP/SES.

Brasília, 09 de fevereiro de 2011.

Ilmº (a) Senhor(a)

Diretor(a) do(a): HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL – SES/DF

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 473/10 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE DISPARIDADE E O TÔNUS DO COMPLEXO ESFINCTERIANO ANAL EM MULHERES ADULTAS**, em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 07/02/2011

Validade do parecer: 07/02/2013

Pesquisador responsável e telefone: SAMANTHA FIGUEIREDO FROTA FERNANDES – (61) 9333-4212

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES/DF

ANEXO C – Declaração de conflito de interesses

Os autores afirmam que não houve conflito de interesse (financeiros ou de outra natureza) na realização da pesquisa ou redação dessa dissertação. O estudo não recebeu apoio financeiro de nenhuma clínica, laboratório e empresa farmacêutica.

ANEXO D - *Female Sexual Function Index (FSFI)*

1. Nas últimas quatro semanas quantas vezes você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maior parte do tempo
- 3 = Às vezes
- 2 = Algumas vezes
- 1 = Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas quatro semanas, como você classifica o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou nulo

3. Nas últimas quatro semanas, qual a frequência com que você se sentiu excitada sexualmente (ligada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)
- 3 = Às vezes (cerca da metade das vezes)
- 2 = Algumas vezes (menos da metade das vezes)
- 1 = Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas quatro semanas, como você classificaria a sua excitação sexual (grau de ligação) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alta
- 4 = Alta
- 3 = Moderada
- 2 = Baixa
- 1 = Nula

5. Nas últimas quatro semanas, como estava sua confiança (segurança) em ficar excitada sexualmente durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Altíssima confiança
- 4 = Alta confiança

- 3 = Moderada confiança
- 2 = Baixa confiança
- 1 = Sem confiança

6. Nas últimas quatro semanas com que frequência você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo da relação)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo da relação)
- 2 = Algumas vezes (menos da metade do tempo da relação)
- 1 = Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo da relação)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo da relação)
- 2 = Algumas vezes (menos da metade do tempo da relação)
- 1 = Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas quatro semanas, que grau de dificuldade você teve de ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Pouco difícil
- 5 = Não houve dificuldade.

9. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você manteve a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo da relação)
- 3 = Às vezes (cerca da metade do tempo da relação)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo da relação)
- 1 = Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas quatro semanas, que grau de dificuldade você teve em manter a lubrificação (ficar molhada) até o fim da atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Pouco difícil
- 5 = Não houve dificuldade.

11. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax) ?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = Maioria das vezes (mais da metade das relações)
- 3 = Às vezes (cerca da metade das relações)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade das relações)
- 1 = Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas quatro semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, que grau de dificuldade você teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Pouco difícil
- 5 = Não houve dificuldade.

13. Nas últimas quatro semanas, que grau de satisfação você teve com sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou o coito?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita
- 1 = Muito insatisfeita

14. Nas últimas quatro semanas, que grau de satisfação você teve com a intensidade do seu envolvimento emocional durante a atividade sexual entre você e seu parceiro?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito satisfeita
- 4 = Moderadamente satisfeita
- 3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita
- 2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

15. Nas últimas quatro semanas, que grau de satisfação você teve com o seu relacionamento sexual com seu parceiro?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Iguamente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

16. Nas últimas quatro semanas, que grau de satisfação você vem tendo com sua vida sexual em geral?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Iguamente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

17. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você teve desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Quase sempre ou sempre

2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

4 = Algumas vezes (menos do que a metade das vezes)

5 = Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você teve desconforto ou dor logo após a penetração vaginal?

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Quase sempre ou sempre

2 = A maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

4 = Poucas vezes (menos do que a metade das vezes)

5 = Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas quatro semanas como você classificaria o seu grau (intensidade) de desconforto ou dor durante ou logo após à penetração vaginal?

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Muito alto

2 = Alto

3 = Moderado

4 = Baixo

5 = Muito baixo ou nulo