

**ANTONIO CARDOSO PINTO**

**O impacto da correção cirúrgica da  
incontinência urinária aos esforços pela  
técnica de suporte suburetral na vida sexual de  
mulheres submetidas a esse tratamento**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo, para obtenção de  
título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Urologia

Orientador: Dr. Fabio Baracat

Co-Orientador: Prof. Dr. Nelson Dias Ileo Montellato

**São Paulo  
2003**

### FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinto, Antonio Cardoso

**O impacto da correção cirúrgica da incontinência urinária aos esforços pela técnica de suporte suburetral na vida sexual de mulheres submetidas a esse tratamento** / Antonio Cardoso Pinto. -- São Paulo, 2003.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Departamento de Cirurgia.

Área de concentração: Urologia.

Orientador: Fabio Baracat.

Co-orientador: Nelson Ileo Dias Montellato.

Descritores: 1.MULHERES 2.INCONTINÊNCIA URINÁRIA/cirurgia  
3.PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS UROGENITAIS 4.QUESTIONÁRIOS  
5.COITO/psicologia 6.PERFIL DE IMPACTO DA DOENÇA

USP/FM/SBD-426/03

*O maior obstáculo? O medo.  
A raiz de todos os males? O egoísmo.  
A pior derrota? O desânimo.  
A maior satisfação? O dever cumprido.*

*Madre Teresa de Calcutá*

*Aos meus pais, Manuel e Mafalda, exemplos de força, perseverança e honestidade, que, com amor, não pouparam sacrifícios para a educação de seus filhos, minha eterna gratidão.*

*À minha esposa, Aurea Soraya, companheira e incentivadora, que com amor e dedicação, não poupa esforços para que nossos objetivos sejam alcançados, meu eterno amor.*

*Às minhas filhas, Juliana e Camila, pelas quais qualquer sacrifício se justifica, no intuito de transmitir um exemplo de trabalho, determinação e persistência; pela compreensão e incentivo, meu amor eterno.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Sami Arap, diretor da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de aprimoramento técnico e científico.

Ao Doutor Fabio Baracat, amigo, orientador deste estudo, pelo apoio e incentivo pessoal recebido no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Doutor Nelson Dias Íleo Montellato, Co-orientador deste trabalho, pelo estímulo constante.

Ao Professor Doutor Willian Carlos Nahas, pela oportunidade e apoio constante recebido ao longo dos anos de convívio.

Ao Professor Doutor Anuar Ibrahim Mitre, pela oportunidade e pelos ensinamentos recebidos nesta etapa profissional.

Ao Professor Doutor Antonio Marmo Lucon, pelos conhecimentos médicos incansavelmente transmitidos.

Ao Professor Doutor Antonio Carlos Lima Pompeo, pelo constante estímulo a mim dispensado.

Ao Professor Doutor José Rafael Macéa, chefe do Departamento de Morfologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, amigo e grande incentivador, minha estima pelo apoio recebido ao longo de anos de convívio.

Ao Doutor José Luiz Chambô, amigo, pelo incentivo recebido na realização deste trabalho, bem como pelos ensinamentos transmitidos ao longo de nossa vida profissional.

Ao Doutor Adriano Francisco Cardoso Pinto, meu irmão, exemplo de perseverança, pelos conhecimentos transmitidos, minha eterna gratidão.

Ao Dr. Luiz Augusto Romão, meu cunhado, meus agradecimentos pelo apoio que nunca me faltou.

Aos Doutores João Carilo, Mirna Duarte de Barros, Maria Inês Marcondes Macéa, Ana Carolina M. Penteado, Adriana Alves Leal e Celina S. Barbosa Pereira, companheiros do Departamento de Morfologia, pela amizade e apoio constante.

À Doutora Karina de Cássio Ribeiro, pela colaboração na análise estatística deste trabalho.

Ao jornalista Eduardo Lopes Martins Filho, editor do jornal O Estado e sua esposa Maria Thereza Gabriel Martins, pela revisão do texto e estímulo constante.

A Elisa de Arruda Cruz Silva, pela colaboração nos trâmites da pós-graduação.

A Enfermeira Maria de Lourdes Possari, por sua incansável colaboração com os médicos da Urologia.

A todas as pacientes, razão primordial de todo o desenvolvimento da Ciência Médica.

A todos os demais que tenham sido injustamente esquecidos, mas que, certamente, muito contribuíram para a realização do presente estudo.

## SUMÁRIO

Resumo  
Summary

1	INTRODUÇÃO.....	001
1.1	Definição.....	002
1.2	Epidemiologia.....	005
1.3	Aspectos históricos.....	007
1.4	Aspectos anatômicos.....	012
1.5	Aspectos fisiológicos.....	020
1.6	Disfunção sexual feminina - causas.....	024
1.7	Avaliação da resposta sexual feminina.....	027
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	029
3	OBJETIVOS.....	037
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	039
4.1	Casuística.....	040
4.2	“The Female Sexual Function Index” (FSFI).....	044
4.3	Análise estatística.....	054
5	RESULTADOS.....	055
5.1	Atividade sexual.....	056
5.2	Pacientes sem atividade sexual.....	057
5.3	Pacientes com atividade sexual.....	060
5.3.1	Perdas urinárias no ato sexual.....	062
5.4	Avaliação pós-operatória.....	063
5.5	Avaliação quanto ao tipo de suporte suburetral.....	067
5.5.1	Desejo sexual.....	067
5.5.2	Excitação sexual.....	068
5.5.3	Lubrificação.....	068
5.5.4	Orgasmo.....	069
5.5.5	Satisfação.....	069
5.5.6	Dor.....	070
5.5.7	Perdas urinárias.....	070
5.5.8	Totalização.....	071



6	DISCUSSÃO.....	073
6.1	Atividade sexual .....	074
6.2	Pacientes sem atividade sexual .....	076
6.3	Pacientes com atividade sexual .....	077
6.4	Perdas urinárias .....	080
6.5	Avaliação pós-operatória.....	082
6.6	Avaliação quanto ao tipo de suporte suburetral.....	087
7	CONCLUSÕES.....	090
8	ANEXO .....	092
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	098

Bibliografia Consultada

## RESUMO

PINTO, A.C. **impacto da correção cirúrgica da incontinência urinária aos esforços pela técnica de suporte suburetral na vida sexual de mulheres submetidas a esse tratamento.** São Paulo, 2003. 106p. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

**Objetivo:** Avaliar o impacto da incontinência urinária na vida sexual de mulheres, com indicação de tratamento cirúrgico pelas técnicas de suporte suburetral, assim como identificar se a correção dessa moléstia pode representar evolução na vida sexual dessas pacientes, resultando em melhora na sua qualidade de vida. **Casuística e Métodos:** Foram estudadas 64 mulheres heterossexuais com indicação para o tratamento de incontinência urinária aos esforços pelas técnicas de suporte suburetral no período de agosto de 2001 a setembro de 2002, pelo questionário “The Female Sexual Function Index (FSFI)”, modificado pela introdução de uma questão para avaliar o impacto da perda urinária, aplicado no pré-operatório e seis meses após a realização do procedimento cirúrgico. **Resultado:** Das 64 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de incontinência urinária aos esforços pela técnica de suporte suburetral, 60,94% tinham atividade sexual, enquanto 39,06% não a apresentavam. Ressalte-se que a faixa etária influenciou estatisticamente o resultado. Das pacientes sem atividade sexual, 44% alegaram a ausência de parceiro como a causa, enquanto 40% atribuíram a ausência de atividade sexual à diminuição da libido. Do grupo de pacientes com atividade sexual, 59% tinham perdas urinárias no ato sexual. Destas, 87% apresentavam perdas urinárias em metade ou mais de

suas relações sexuais. Na avaliação dos domínios desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, bem como na totalização das pontuações comparativas entre o pré-operatório e seis meses após a realização do tratamento cirúrgico, não encontramos diferença estatisticamente significativa. A análise da pontuação das perdas urinárias durante o ato sexual, porém, foi significativamente melhor no pós-operatório. A avaliação dos diversos domínios não foi significativamente diferente quando comparamos o tipo de suporte utilizado (autólogo ou sintético) no ato operatório. **Conclusão:** a) A faixa etária exerce influência na Atividade Sexual. b) A perda urinária na atividade sexual é freqüente em pacientes com incontinência urinária aos esforços, tendo impacto negativo na sua qualidade sexual. c) A cirurgia apresentou índices de cura superiores a 90% nas perdas urinárias durante o ato sexual e não prejudicou a atividade sexual das pacientes. d) A melhora da função sexual, quando ocorreu, foi subjetivamente relacionada com o aumento desejo sexual, e não decorrente da redução das perdas urinárias durante o relacionamento sexual após tratamento cirúrgico. e) O tipo de suporte utilizado (autólogo ou sintético) não exerce influência nos resultados obtidos. f) As pacientes que se curaram da incontinência urinária aos esforços não apresentaram melhora em relação à função sexual.

## SUMMARY

PINTO, A.C. **The surgical treatment impact of the stress urinary incontinence through suburethral support technique in the sexual life of women submitted this treatment.** São Paulo, 2003. 106p. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

**Objective:** To evaluate urinary incontinence impact in the sexual life of women with recommendation for surgical treatment by sub-urethral support techniques, as well as to identify if correction of the pathology can represent an improvement on patients' sexual life, generating better quality of life.

**Casuistic and Methods:** 64 heterosexual women with indication for surgical treatment for stress urinary incontinence through suburethral support techniques were studied from August 2001 to September 2002, through the questionnaire "The Female Sexual Function Index (FSFI)" modified by the introduction of one question to evaluate urinary loss impact, applied in the preoperative period and six months after surgery. **Result:** Of the 64 patients submitted to surgical treatment for stress urinary incontinence by sub-urethral support techniques, 60,94% had regular sexual activity, while 39,06% didn't, being age a statistically significant factor in this result. Of the patients without sexual activity, 44% stated that the absence of a partner was the cause, while 40% attributed sexual abstinence to low desire. In the group of patients with sexual activity, 59% had urinary loss during sexual intercourse, and, of those, 87% had urinary losses in half or more of their sexual relations. Regarding evaluation of desire, stimulation, lubrication, orgasm, satisfaction and pain, as well as sum the scores comparatively between the preoperative period and six months after surgical treatment, there was no statistically

significant difference; however the analysis of scores for urinary losses during sexual intercourse were significantly better in the postoperative period. There was not statistically significant difference with respect to all the factors above when we compared the kind of sub-urethral support employed (autologue vs. synthetic). **Conclusions:** a) Age influences Sexual Activity. b) Urinary loss during sexual activity is frequent in patients with stress urinary incontinence and it is associated with a negative impact in the quality of the relation. c) Surgery was responsible for cure rates above 90% to urinary losses during sexual intercourse. d) The sub-urethral support surgery did not jeopardize the sexual activity of our patients. d) The kind of sub-urethral support employed (autologue or synthetic) does not have any influence on the results. f) The patients that were cured of the stress urinary incontinence did not present improvement regarding the sexual function.

# *1. Introdução*

## **1.1 Definição**

A sexualidade feminina possui características próprias, que a diferenciam da masculina. A sua função, na cultura ocidental, durante séculos, esteve voltada para a procriação. Nos últimos anos, em decorrência de mudanças econômicas, religiosas e sociais e de novas descobertas científicas, a sexualidade feminina obteve o seu reconhecimento.

Disfunção sexual feminina é um problema médico, multicausal e multidimensional que tem componentes biológicos e psicológicos.

Estudos epidemiológicos sugerem que os mesmos processos patológicos e fatores de risco associados à disfunção erétil masculina (idade, hipertensão, tabagismo, hipercolesterolemia e cirurgias pélvicas prévias) estão associados à disfunção sexual feminina.

Para que uma mulher possa ser considerada portadora de uma desordem sexual, os sintomas devem ser persistentes, causando-lhe angústia pessoal. Quando o único incomodado é o seu parceiro, então, por definição, a mulher não apresenta deficiência orgânica sexual. Toda alteração pode ser primária, quando o problema sempre existiu, ou secundária, quando o incômodo sexual se inicia a partir de determinado momento, sem ocorrência anterior.

A ausência de classificação de um sistema bem definido limitou, até recentemente, os estudos sobre a sexualidade feminina (ciência básica ou pesquisa clínica), creditando-se suas alterações sexuais apenas a fatores psicológicos.

O “American Foundation of Urologic Disease” (AFUD) reuniu, em 1998, no Painel de Consenso, um grupo interdisciplinar constituído por 19 peritos em deficiência orgânica sexual feminina, selecionados em cinco países diferentes, que definiram a disfunção sexual feminina, classificando-a em:

a. Desordem de desejo sexual

Hipodesejo sexual é a deficiência de fantasias ou pensamentos sexuais e a falta de receptividade para a atividade sexual, episódica ou persistente, causando angústia pessoal. Pode ser resultante de fatores psicológicos e/ou emocionais e pode também ser decorrente de fatores fisiológicos, como deficiência hormonal, uso de medicamentos ou intervenção cirúrgica, atingindo seu grau máximo na **aversão sexual**. Esta geralmente é baseada em problemas psicológicos e/ou emocionais, resultantes de uma variedade de fatores, como, por exemplo, abuso sexual ou trauma de parto.

b. Desordem da excitação sexual

Baixa excitação sexual é a incapacidade persistente ou recorrente para obter ou manter adequada excitação sexual, resultando em angústia pessoal. Pode manifestar-se como perda subjetiva da excitação ou perda da excitação genital, esta última caracterizada por lubrificação e ingurgitamento genital. Outros fatores são a perda ou diminuição da lubrificação, a diminuição da sensação clitoriana e a perda do relaxamento da



musculatura lisa vaginal. Essa condição pode ocorrer secundariamente a fatores psicológicos; freqüentemente, entretanto, existe um fator médico ou fisiológico, como diminuição do fluxo sanguíneo vaginal ou clitoriano, trauma local prévio, cirurgia prévia ou medicação.

c. Desordem do orgasmo

É a dificuldade, demora ou ausência, persistente ou recorrente, de atingir o orgasmo, mesmo havendo suficiente estimulação e desejo sexual, o que causa angústia pessoal. Pode ser primária (a mulher nunca teve orgasmo) ou secundária, condição esta geralmente decorrente de cirurgia prévia, trauma ou deficiência hormonal.

A desordem orgástica primária pode ser decorrente de trauma emocional ou abuso sexual. Fatores médicos ou físicos e medicações, como, por exemplo, inibidores da recaptção de serotonina, podem contribuir para o aparecimento do problema ou exacerbá-lo.

d. Desordem de dor

Dispareunia - É definida como dor genital persistente ou recorrente associada às relações sexuais. Pode desenvolver-se secundariamente a problemas médicos, como atrofia genital ou infecção vaginal, porém pode também ser decorrente de causas psicológicas.

Vaginismo - Caracterizado por espasmos involuntários, persistentes ou recorrentes, da musculatura do terço distal da vagina, que interferem na penetração peniana e causam angústia pessoal. O vaginismo freqüentemente desenvolve-se em resposta à dor da penetração ou como conseqüência de fatores psicológicos e/ou emocionais.

## 1.2 Epidemiologia

A disfunção sexual é altamente prevalente em ambos os sexos, variando de 10% a 52 % no sexo masculino e de 25% a 63% no sexo feminino. Dados do “Massachusetts Male Aging Study” (MMAS) mostraram que 34,8% dos homens com idade entre 40 e 70 anos têm disfunção sexual moderada, fortemente relacionada com a idade, doenças associadas (*diabetes*, hipertensão, hipercolesterolemia) e estado emocional. Aspectos epidemiológicos da disfunção sexual feminina são menos conhecidos. Recentemente, o interesse de especialistas no tema, associado a mudanças culturais e demográficas, permitiram o maior desenvolvimento dos estudos em áreas relacionadas com a disfunção sexual feminina.

A “National Health and Social Life Survery” (NHLSL) estudou, em 1992, 1.410 indivíduos do sexo masculino e 1.749 do sexo feminino, todos com idade inferior a 60 anos, Por meio de um questionário que avaliava perda do desejo sexual, dificuldade de excitação, inabilidade para ejacular ou obter o orgasmo, ansiedade sobre performance sexual, clímax ou ejaculação muito rápida, dor e ausência de prazer no sexo. A organização observou que:

a. A prevalência de disfunção sexual é maior na mulher que no homem, 43% e 31% respectivamente.

b. A prevalência de problemas sexuais femininos tende a diminuir com a idade, exceto para aquelas que apresentam problema de lubrificação.

c. Mulheres solteiras têm aproximadamente 50% mais dificuldade para obter orgasmo e apresentam maior ansiedade sexual que mulheres casadas.

d. Elevado nível cultural está associado negativamente com problemas sexuais para ambos os sexos.

e. A relação entre etnia e problemas sexuais é variável. A mulher negra tem índices mais elevados de baixo desejo sexual e experimenta menos prazer quando comparada com a mulher branca, porém esta apresenta, com maior frequência, dor durante o intercuro sexual. Por outro lado, a mulher hispânica apresenta os menores índices de problemas sexuais.

f. A piora da situação socioeconômica está associada a moderado aumento no risco de disfunção sexual feminina, mas, nos homens, apenas de disfunção erétil.

g. História sexual de cinco ou mais parceiros(as) ou prática masturbatória não aumentam o risco de disfunção sexual: atos traumáticos sexuais, no entanto, levam a profundos efeitos negativos nesta função.

DIOKONO *et al.* (1990), em estudo epidemiológico em americanos com idade superior a 60 anos, estimaram que 73,8% dos homens casados e 55,8% das mulheres casadas são sexualmente ativos, porém analisando-se homens ou mulheres solteiros, o porcentual caiu para 31,1% e 5,3%, respectivamente. Esses índices diminuem significativamente com o aumento da idade.

Em nosso meio, ABDO *et al.* (2002) estudaram 835 indivíduos (47% homens e 53% mulheres) maiores de 18 anos, tendo

comprovado que as maiores disfunções no sexo masculino foram: disfunção erétil (46,2%), ejaculação precoce (15,8%), falta de desejo sexual (12,3%) e disfunção orgástica (10%). Nas mulheres, disfunção orgástica (29,3%), dispareunia (21,1%) e ausência de libido (34,6%). Observaram também que 4,9% dos homens e 16,4% das mulheres não tinham vida sexual ativa. Afeto e carinho foram considerados os elementos mais importantes num relacionamento sexual, para homens (63,3%) e para mulheres (71,3%).

### **1.3 Aspectos Históricos**

Pouco se conhece sobre o comportamento sexual na Antigüidade, porém, por volta de 3000a.C., a mulher era considerada propriedade do homem e, como tal, utilizada apenas para reprodução. O adultério não constituía um delito moral, mas um crime contra o parceiro.

Na Grécia antiga, onde o direito das mulheres era equiparado ao dos escravos, elas eram chamadas de “gyne”, que significa carregar crianças. Platão foi de fato o primeiro homem a considerar o útero inativo como causa da histeria, doença feminina que causava nervosismo, insônia e desmaio.

Galeno, no século II da Era Cristã, escreveu que a histeria era uma doença uterina, causada por privação sexual.

Se para os gregos as mulheres eram bens móveis, os romanos reconheciam na infertilidade motivo para divórcio. A Igreja Católica considerava o sexo “sem gosto” e a mulher, uma ameaça à salvação do

homem. Santo Agostinho escreveu que não conhecia nada mais capaz de trazer a mente masculina abaixo das alturas que as carícias de uma mulher e a união dos corpos.

Embora o comportamento asiático nessa época fosse mais livre, o Kama Sutra foi compilado entre o século III e V depois de Cristo. As tradições cristãs ditaram as normas nestes séculos no Ocidente. O cinto de castidade, criado na Idade Média, dava ao marido o poder de “trancar” suas esposas, tornando-as suas propriedades sexuais.

O renascimento das artes e o humanismo durante a Renascença liberaram algumas atitudes sexuais. Na Reforma Protestante, liderada por Lutero e Calvino, o sexo dentro do casamento era permitido não apenas para a procriação, mas também para iluminar a relação e aliviar as tensões da atividade doméstica, ou para um cônjuge ser amável com o outro.

Os puritanos, que migraram da Inglaterra para a América, trouxeram com eles os princípios da Reforma Protestante, dando nova importância ao sexo no casamento. No entanto, talvez influenciados por práticas dos nativos americanos, como sexo pré-marital, poligamia e homossexualismo, foram aos extremos da transgressão sexual fora do casamento. Para o clero protestante, esse comportamento demonstrava que o homem, e especialmente a mulher estavam cheios de pecados, assim como o sapo, que possui veneno. A comunidade teria de transformar os fracos de fé.

Assim, indivíduos apanhados em adultério eram açoitados ou obrigados a realizar confissões em público. O homem, naturalmente, era

considerado mais racional e capaz de controlar essas paixões do que as mulheres. Essa teoria as transformou, durante o século XIX, em pessoas que abraçavam a modéstia e personificavam a pureza, sendo totalmente desprovidas de desejo sexual. Durante a era vitoriana, na América, a dona de casa de classe média representava nada menos que a guardiã da moralidade pública. Seu lugar era no lar, com os filhos. Era considerada um pedestal de inocência, protegendo a decência e a posição social da família e sujeitando-se ao sexo com o marido apenas para procriação.

As mulheres reprimiam a sexualidade a tal ponto que a maioria dos homens e algumas mulheres viam a prostituição como um mal necessário, permitido ao homem como uma saída natural para seu desejo. A prostituição exagerada provocou o primeiro movimento de reforma sexual entre mulheres brancas da classe econômica em ascensão em Boston e Nova York, fazendo parte de um movimento maior de reforma contra a pobreza e a escravidão. A prostituição era uma ameaça à moral pública, mas também à saúde dos maridos dessas mulheres no tempo da cólera e da sífilis. Após a guerra civil, um novo movimento, liderado por Susan B. Anthony e Elizabeth Cady Stanton, que pregava igualdade no padrão de moralidade para ambos os sexos, conseguiu impedir a legalização da prostituição em Nova York.

No início do século XX, Sigmund Freud questionou quase todos os aspectos até então compreendidos sobre a sexualidade, concluindo que o sexo era a primeira força na vida humana. Criou a teoria psicosexual do desenvolvimento, segundo a qual o desenvolvimento sexual

se inicia em crianças recém-nascidas. As idéias de Freud eram revolucionárias e tiveram enorme impacto, porém ele foi atacado por feministas e outros críticos pelo seu falocentrismo e sua não-compreensão da sexualidade feminina.

Ao mesmo tempo, um médico inglês, Havelock Ellis, algumas vezes chamado de “profeta da moderna sexualidade”, acreditava no erotismo feminino e na necessidade de a mulher atender aos seus impulsos sexuais, o que influenciou positivamente a atitude feminina em relação à sua sexualidade.

Alfred Kinsey publicou, em 1948, o livro intitulado “O comportamento sexual do homem” e, cinco anos depois, “O comportamento sexual das mulheres”, baseado em entrevistas feita com 12.000 pessoas, não apenas brancas, sobre freqüência de masturbação, relações pré-maritais e maritais, sexo extramarital e homossexualismo. Essas publicações representaram um choque para os tradicionalistas, servindo para aumentar o número de mulheres que pesquisavam o orgasmo em seus coitos maritais.

William H. Masters e Virginia E. Johnson, um médico e uma cientista comportamental da Escola de Medicina de Universidade de Washington, tornaram-se internacionalmente conhecidos em 1966, com a publicação da “Resposta Sexual Humana”, que descrevia seu trabalho de observação e registro da atividade sexual humana em seu laboratório em St. Louis. Pela primeira vez foi descrita a resposta sexual feminina, dividindo-a em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução.

Masters e Johnson afirmaram também que todos os orgasmos femininos são clitorianos, conceito que ainda causa discussões nos dias de hoje. Anne Koedt, no seu famoso ensaio “O mito do orgasmo vaginal”, opina que a maturidade sexual feminina representada pelo orgasmo através da penetração vaginal era criação das preferências sexuais masculinas.

Os anos 60 trouxeram as mais significativas mudanças sociais do século, muitas afetando diretamente a sexualidade feminina. No primeiro ano dessa década, o FDA aprovou o uso de contraceptivos orais femininos, dando à mulher o direito de controlar a própria fertilidade. Esse fato representou uma verdadeira revolução sexual, pois a mulher passou a ter liberdade para fazer sexo quando e com quem quisesse, mas trouxe outros fardos a serem carregados, como a pressão para iniciar a vida sexual mais cedo, a expectativa masculina de aventuras sexuais e a procura do multiorgasmo.

Nos anos 80, a Aids e um moderno movimento puritano pela reconquista dos valores familiares causaram um retrocesso na abertura para a vida sexual. O sexo, que sempre deveria ser visto como alegre e estimulador da vida passou a ser associado à morte. E, apesar da tremenda importância que atingiu na vida moderna, ainda hoje mulheres de todas as idades, raças e profissões temem que advogar sua sexualidade é condenável e pode trazer danos à sua reputação pessoal.



#### **1.4 Aspectos Anatômicos**

ANDREAS VESALIUS *apud* PINTO (1999), no século XVI, dissecando cadáveres de mulheres, descreveu a anatomia pélvica feminina com seus vários elementos, que evoluíram ao longo do tempo. Sua compreensão formal, associada à fisiologia da área, é fundamental para a avaliação das disfunções sexuais femininas. Embora a anatomia pélvica feminina apresente órgãos relacionados na estrutura e na função, facilita a sua compreensão sua divisão em duas categorias: genitais internos e externos.

Os órgãos genitais externos são coletivamente chamados de vulva, que se limita anteriormente pela sínfise púbica, posteriormente pelo esfíncter externo do ânus e lateralmente pelas tuberosidades isquiáticas. A vulva é constituída pelos grandes lábios, pequenos lábios, vestíbulo da vagina, clitóris e bulbos do vestíbulo. Os órgãos genitais internos são o útero, a vagina, tubas uterinas e os ovários.

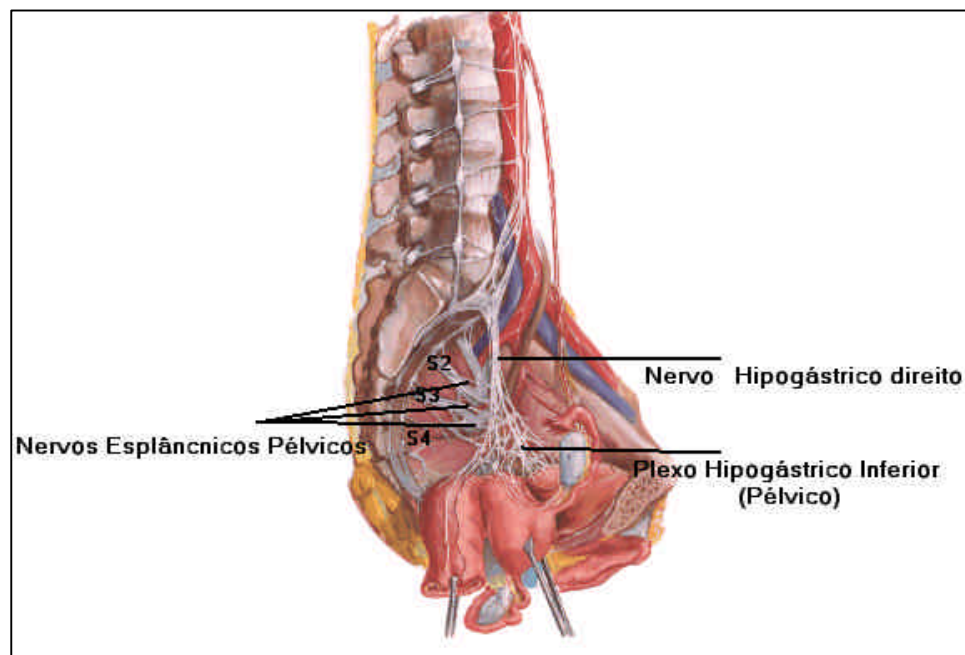
A vagina é um órgão cilíndrico, mediano, que conecta o útero com a genitália externa, usualmente medindo de 5 a 15cm de comprimento na dependência da posição do útero, que pode facilmente dilatar-se durante o ato sexual e no parto. Posteriormente, a cérvix uterina projeta-se para o seu interior, delimitando o espaço conhecido como fórnix. Anteriormente, duas pregas de tecido, os lábios menores, cercam a abertura da vagina e protegem o largo vestíbulo, que contém o clitóris, o meato uretral externo e a abertura vaginal. A porção dos pequenos lábios que recobre o clitóris é conhecida como prepúcio do clitóris.

Em textos de anatomia, os bulbos do vestíbulo – formados por tecido erétil que se assemelha ao corpo esponjoso do pênis e recobertos pelos músculos bulboesponjosos – localizam-se posteriormente aos pequenos lábios (LOCKHART *et al.*, 1983). Recentes dissecações de cadáver realizadas por O'CONNELL *et al.* (1998), entretanto, revelam que os bulbos se relacionam, mais intimamente, com o clitóris e a uretra, não havendo consistente relação com o vestíbulo. Esses estudos demonstraram também uma considerável variação relacionada com a idade nas dimensões de tecido erétil entre mulheres jovens pré-menopausadas e idosas menopausadas, nas quais o tecido erétil é menor.

A parede da vagina consiste de três camadas: a mucosa, a camada muscular e a túnica adventícia. A mucosa, a camada mais interna, é constituída por um epitélio estratificado plano não queratinizado, que sofre alterações relacionadas com o ciclo hormonal feminino. A camada muscular, intermediária, é ricamente vascularizada, e revestida externamente pela túnica adventícia. Ela possui uma árvore extensa de vasos sangüíneos que se dilatam durante a estimulação sexual. O suprimento arterial principal da vagina são os ramos vaginais provenientes das artérias uterinas, eventuais ramos das artérias pudendas internas. Além delas, existem artérias vaginais, ramos diretos das artérias ilíacas internas (LOCKHART *et al.*, 1983).

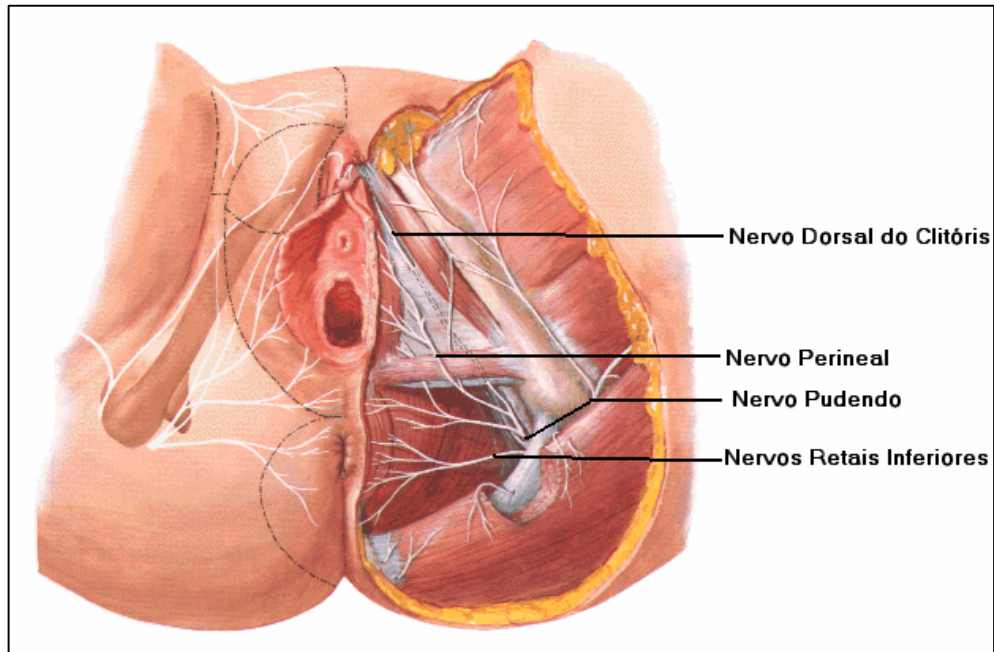
A inervação autonômica da vagina decorre de dois plexos separados. As fibras simpáticas originam-se na coluna intermédio-lateral localizada entre o 11º segmento torácico e o segundo lombar, chegando ao plexo hipogástrico inferior (plexo pélvico), após sinapse no gânglio

mesentérico inferior ou gânglios acessórios. Os neurônios pré-ganglionares parassimpáticos localizam-se na coluna intermédio-lateral do segundo, terceiro e quarto segmentos da medula sacral. Seus axônios constituem os nervos esplâncnicos pélvicos, fazendo sinapses em gânglios localizados próximos ou no interior da vagina. Fibras simpáticas e parassimpáticas partem do plexo pélvico e caminham pelos ligamentos uterossacrais e cervicais laterais acompanhando os vasos para os dois terços proximais da vagina e clitóris (FIGURA 1).



**FIGURA 1 - Inervação autônômica dos genitais femininos (NETTER, 1996)**

Fibras nervosas somáticas motoras que se originam na coluna anterior da medula espinhal, nos níveis do segundo, terceiro e quarto segmentos da medula sacral, transitam pelos nervos pudendos e inervam os músculos bulboesponjosos e isquiocavernosos. Fibras sensitivas dos nervos pudendos inervam a região perineal, bem como as paredes do intróito vaginal (FIGURA 2).



**FIGURA 2 - Inervação somática dos genitais femininos (NETTER, 1996)**

Recentes estudos imuno-histoquímicos têm revelado a presença de abundante quantidade de fibras nervosas na porção distal da vagina, quando comparada com a parte proximal. Essa área, altamente inervada, tem importante papel na função sexual, e cirurgias nela realizadas, como suspensões vesicais e histerectomias, precisam ter reconhecido o seu potencial mórbido sobre a função sexual feminina.

HILLIGIES *et al.*, em 1995, com o auxílio de marcadores neuronais obtiveram espécimes da mucosa vaginal da região dos fórnices anterior e posterior, da parede vaginal anterior (na região do colo vesical) e da região do intróito vaginal, observando que todas as regiões são ricamente inervadas. As porções mais distais da vagina têm mais componentes nervosos que as proximais, o mesmo que ocorre também quando se compara a parede anterior à posterior. Enovelados nervosos em

grande número são observados na lâmina própria da parede vaginal anterior, assim como aglomerados espessos cercam vasos sangüíneos de médio calibre. Terminações nervosas livres intra-epiteliais são apenas encontradas no intróito vaginal. Essas fibras, muito finas, podem ser observadas a poucas camadas de distância das células da superfície. Nesta porção da vagina também foram identificadas células na camada basal do epitélio com características das células de Merkel.

A descrição feita por KAPLAN (1974), do clitóris como um pequeno botão de tecido localizado abaixo da sínfise púbica, reflete a negligência da literatura anatômica. O clitóris não é exibido como uma estrutura tridimensional, mas como se fosse uma estrutura achatada contra a sínfise púbica.

Em textos de anatomia, o tamanho do clitóris não está descrito com precisão e seu suplemento vascular raramente é relatado.

O clitóris é um órgão erétil, similar ao pênis, e origina-se embrionariamente da mesma estrutura, o tubérculo genital. É composto por três partes: glande ou cabeça (que se situa na porção externa), corpo ou porção média e pilares ou ramos, sua porção interna. Estudos recentes têm demonstrado que a glande e o corpo do clitóris possuem de 2 a 4cm de comprimento e os ramos, de 9 a 11cm. O clitóris consiste de dois corpos cavernosos fundidos medialmente, os quais se originam bilateralmente dos pilares. A glande do clitóris é a porção visível e emerge aparentemente dos lábios menores. Estes se bifurcam para formar o prepúcio, superiormente, e o frênulo, inferiormente.

Cada corpo cavernoso é envolvido por uma espessa estrutura de tecido conjuntivo, a túnica albugínea, que cobre os sinusóides lacunares, envolvidos por trabéculas de músculo liso e fibras colágenas. A túnica albugínea é unilaminar na mulher, diferentemente da estrutura bilaminar encontrada no pênis. Deste modo, nenhum mecanismo de resistência venosa existe e, durante a excitação sexual, ocorre turgescência clitoriana em vez de ereção. Os dois pilares do clitóris originam-se da separação das porções proximais do seu corpo, no períneo, e estão fixados na porção medial dos ramos isquiopúbicos (BERMAN, *et al.*, 2000).

O principal suprimento arterial do clitóris advém dos ramos clitorianos comuns da artéria pudenda interna, que é o último ramo da artéria ilíaca interna. Esta, após passar pelo forame isquiático menor e emitir os ramos perineais e retal inferior, bifurca-se em artéria dorsal do clitóris e duas artérias cavernosas (LOCKHART *et al.*, 1983).

A inervação somatossensorial e autonômica do clitóris tem importante papel na resposta ao estímulo sexual. Segundo BASKIN (1999), os nervos no clitóris formam, como no pênis, uma extensa rede em torno da túnica albugínea, com uma zona livre de inervação em posição mediana dorsal (12 horas); largos ramos do nervo dorsal do clitóris, ramo terminal do nervo pudendo, correm ao longo dos corpos cavernosos, com maior densidade na face dorsal e próximo à glândula. Nenhum nervo foi encontrado na posição dorsal (12 horas), embora alguns ramos nervosos envolvam completamente a túnica albugínea de modo semelhante a um pênis fetal. A inervação da glândula origina-se de ramos perfurantes, em posição dorsal,

entre o corpo e a glândula. Baixa concentração nervosa é encontrada na sua face ventral. YILMAR (2002), por meio de estudos com eletromiografia, encontrou atividade clitoriana semelhante à do pênis. Ao estimular os ramos ventrais, obteve diminuição do fluxo clitoriano, levando a uma inibição da ereção clitoriana simpática, de modo semelhante ao que ocorre no pênis.

A abertura inferior da cavidade pélvica é fechada pelo diafragma pélvico, constituído principalmente pelo músculo levantador do ânus e pelas fáscias que o envolvem. Na cavidade pélvica, os músculos piriformes situam-se póstero-lateralmente, fechando os forames isquiáticos maiores, e os músculos obturadores internos localizam-se ântero-lateralmente, fechando os forames obturados, sem, entretanto, fazerem parte do diafragma pélvico.

Os músculos coccígeos (isquiococcígeos) estendem-se em leque da face medial da espinha isquiática e ligamento sacroespinal até o sacro e cóccix, constituindo a parte posterior do diafragma pélvico (10% do total). A maior parte deste diafragma é constituída pelas divisões posterior e anterior do músculo levantador do ânus, denominadas músculos ileococcígeo e pubococcígeo, respectivamente. O músculo pubococcígeo, por sua vez, é dividido em porções pubovaginal, puborretal e o pubococcígeo propriamente dito. O diafragma pélvico é importante elemento constituinte do sistema de sustentação dos genitais internos femininos. Em especial o músculo pubococcígeo, com seu envoltório fáscial, tem importante papel na sustentação das vísceras pélvicas, pois apresenta suas fibras dispostas em “U”, ao redor da uretra, vagina, útero e reto, atuando como apoio quando do aumento da pressão intra-abdominal (PINTO, 1999).

Inferiormente ao diafragma pélvico, em sua porção anterior, localiza-se o diafragma urogenital, que também sustenta os órgãos intrapélvicos, no local em que o músculo levantador do ânus é relativamente deficiente. O diafragma urogenital é constituído pelo músculo transverso profundo do períneo, juntamente com suas fáscias superior e inferior, esta última denominada membrana perineal. Os outros músculos perineais, bulbo-esponjosos, isquiocavernosos e transversos superficiais do períneo encontram-se no espaço perineal superficial, sob o diafragma urogenital. O diafragma urogenital fecha o espaço entre as margens mediais dos ramos isquiopúbicos, reforçando, como já mencionado, a sustentação dos órgãos pélvicos (MACÉA, 1995). Os músculos perineais relacionam-se de perto com os bulbos do vestíbulo e com o clitóris, e desempenham papel importante na resposta sexual. Estes músculos, quando voluntariamente contraídos, podem intensificar o orgasmo de ambos os sexos.

O útero, suas glândulas cervicais e as glândulas vestibulares maiores e menores secretam muco durante a fase de excitação sexual, para lubrificar a vagina. A inervação uterina é muito semelhante à inervação da bexiga e da vagina, podendo representar um impacto negativo para a saúde sexual feminina, quando realizadas cirurgias nesta área (BERMAN, et al., 2000).



## **1.5 Aspectos Fisiológicos**

Muito do que sabemos a respeito dos mecanismos fisiológicos da função sexual feminina provém dos trabalhos pioneiros de MASTERS; JOHNSON (1966), na Escola de Medicina da Universidade de Washington, entre os anos de 1950 e 1960. Esses autores observaram, em seu laboratório, aproximadamente 700 homens e mulheres durante o ato sexual ou prática masturbatória, sendo, portanto os primeiros a analisar com detalhes a resposta sexual humana, dividindo a resposta sexual feminina em quatro fases sucessivas: excitação, platô, orgasmo e fase de resolução.

Em 1979, KAPLAN propôs a expressão desejo e o modelo de três fases, constituído de desejo, excitação e orgasmo, que foi a base para o sistema de classificação proposto pela “American Foundation of Urologic Disease” (AFUD), Painel de Consenso, em 1998.

Quando uma mulher é sexualmente excitada ou estimulada, a primeira mudança que ocorre é o aumento no fluxo sanguíneo genital, que pode ser percebido por uma sensação de pressão na pelve, ao mesmo tempo em que se verifica a contração dos músculos perineais. A lubrificação vaginal inicia-se poucos segundos depois e decorre das secreções das glândulas uterinas, bem como do aumento do fluxo sanguíneo vaginal, ativando um processo chamado transudação do leito subepitelial, pelo qual o líquido é passivamente transportado através de espaços intra-epiteliais, desde os vasos da lâmina própria. O ingurgitamento das paredes vaginais eleva a pressão no interior dos capilares, aumentando a transudação de plasma através do epitélio vaginal. Este plasma lubrificante atravessa o

epitélio sobre a superfície da vagina, formando, inicialmente, gotas que se fundem e originam um filme lubrificante que cobre a parede vaginal. Com o aumento da lubrificação, a penetração do pênis se torna mais suave e fácil. O fluxo extra de sangue causa expansão nos 2/3 superiores da vagina, no útero e cérvix, bem como aumento clitoriano, causando também um ingurgitamento no terço inferior da vagina. Este edema causa um estreitamento na abertura da vagina, produzindo o efeito de “agarra” ao pênis durante a penetração. Secreções oriundas das glândulas vestibulares maiores também colaboram na lubrificação, embora alguns autores acreditem que estas glândulas têm como principal função emitir fluidos odoríferos para atrair o parceiro.

Os lábios internos dobram ou até triplicam sua espessura, empurrando os lábios maiores e tornando a vagina exposta e mais acessível. Ao mesmo tempo, o aumento do fluxo sanguíneo das artérias cavernosas clitorianas resulta em aumento da pressão intracavernosa, intumescência e protrusão da glândula, que é tracionada contra o osso púbico, recolhendo-se abaixo de seu capuz e protegendo-se de um toque direto. Os músculos, por todo o corpo, tornam-se tensos ou contraídos, a frequência cardíaca e a respiratória tornam-se mais rápidas, e os mamilos freqüentemente tornam-se eretos (BERMAN; BERMAN, 2001 e 2002).

O orgasmo é alcançado pela estimulação clitoriana ou pela pressão da parede vaginal ou da cérvix, causando uma tensão corporal e uma intumescência pélvica para obter o clímax. Contrações rítmicas do útero, do terço externo da vagina e do esfíncter anal expulsam o sangue que se encontra na região pélvica de volta para a circulação. Após o orgasmo, as alterações

fisiológicas revertem-se e o corpo retorna ao estado de não-excitação. Após aproximadamente meia hora ou mais, o inchaço pélvico diminui e o clitóris, a vagina e o útero retornam à condição normal (BERMAN; BERMAN, 2001).

Geralmente as mulheres podem ter múltiplos orgasmos, o que significa ter um ou mais orgasmos após o primeiro, ao contrário do homem, que apresenta o chamado período refratário, imediatamente após o clímax, quando o pênis se torna flácido e nova estimulação é requerida para proporcionar nova ereção e orgasmo. Múltiplos orgasmos na mulher também dependem da continuidade da estimulação sexual.

SOMMER et al. (2001) estudaram, em 12 jovens mulheres jovens com habilidade para obter orgasmos por meio da masturbação, a tensão parcial de oxigênio, com medidas intravaginal e nos lábios menores. Observaram que os valores aumentaram progressivamente no início da auto-estimulação, atingindo o limite máximo imediatamente antes do início do orgasmo, caindo relativamente depressa e retornando a níveis basais após 20 ou 30 minutos.

Dentro do sistema nervoso central, a região hipotalâmica anterior, os núcleos pré-ópticos e estruturas do sistema límbico são responsáveis pelo desejo sexual. Quando ativados esses centros transmitem sinais elétricos para os sistemas nervosos simpático e parassimpático, que modulam o tônus da musculatura lisa vaginal e clitoriana.

Estudos imuno-histoquímicos preliminares sugerem que o peptídeo intestinal vasoativo e o óxido nítrico estão envolvidos nos processos secretores e na modulação do relaxamento vaginal. Recentemente, a

fosfodiesterase tipo V, enzima responsável pela degradação do cGMP, foi isolada no clitóris, bulbo do vestíbulo, e em culturas de músculo liso vaginal (BERMAN et al., 1999a e 1999b, BERMAN; GODSTEIN, 2001).

Os estrógenos desempenham importante papel na regulação da função sexual feminina. Os níveis de estrógeno afetam células de todo o sistema nervoso central e periférico, influenciando a transmissão nervosa e, provavelmente, reduzindo o limiar sensitivo. A diminuição dos níveis de estrógeno resulta em um epitélio vaginal delgado e na atrofia da musculatura lisa vaginal, bem como na diminuição do ambiente ácido do canal vaginal (BERMAN; GODSTEIN, 2001).

Após a menopausa, com a diminuição dos níveis de estrógeno circulante, a maioria das mulheres experimenta vários graus de alterações sexuais. As queixas mais comuns incluem perda do desejo, queda da frequência da atividade sexual, dor, diminuição da sensação genital e dificuldade para obter o orgasmo. SARREL (1990) demonstrou existir relação direta entre queixas sexuais e níveis de estradiol abaixo de 50pg/ml. A terapia de reposição hormonal melhora marcadamente esses sintomas.

O estrógeno também exerce importante papel na expressão do óxido nítrico sintetase, enzima responsável pela produção de óxido nítrico, que atua na contração da musculatura lisa.

Baixos níveis de testosterona estão também associados a declínio do desejo sexual, sensação genital, libido e orgasmo. Terapias de reposição têm sido relatadas com sucesso, apesar dos riscos de virilização (RAKO, 1999).

## 1.6 Disfunção Sexual Feminina - Causas

Hipertensão arterial, níveis elevados de colesterol, tabagismo e doenças cardíacas estão associados à impotência no homem e disfunção sexual na mulher. A recentemente chamada síndrome de insuficiência vascular clitoriana e vaginal está diretamente relacionada com uma diminuição do fluxo sanguíneo genital, secundário à aterosclerose do leito ilíaco interno. A diminuição do fluxo sanguíneo pélvico decorrente da doença aterosclerótica aortoilíaca leva a uma fibrose da musculatura lisa da parede vaginal e do clitóris, resultando em sintomas de dispareunia e secura vaginal. A avaliação histomorfométrica de tecido erétil clitoriano de animais com aterosclerose demonstrou perda de músculo liso e aumento da deposição de colágeno. No tecido clitoriano humano, existe perda similar de músculo liso e substituição por tecido conjuntivo, em associação com aterosclerose das artérias cavernosas clitorianas (PARK *et. al.*, 1997).

Além da doença aterosclerótica, alterações nos níveis de estrógeno circulante associadas à menopausa contribuem para mudanças no músculo liso do clitóris e da parede vaginal. Lesões traumáticas do leito ilíaco interno decorrentes de fraturas pélvicas, grandes traumas e pressão perineal crônica por andar de bicicleta podem resultar em diminuição do fluxo sanguíneo vaginal e clitoriano, traduzindo-se em queixa de disfunção sexual.

As mesmas etiologias neurogênicas responsáveis pela disfunção erétil no homem causam disfunção sexual na mulher. Elas incluem:

- a) lesões da medula espinhal ou doenças do sistema nervoso central ou periférico, nas quais devemos incluir o diabetes mellitus.
- b) Lesões do neurônio

motor superior que afetem os segmentos sacrais. Com relação ao orgasmo, mulheres com lesões na medula espinhal têm significativamente mais dificuldade para atingir o orgasmo que mulheres normais.

Disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário, castração clínica ou cirúrgica e menopausa ou falência prematura dos ovários são as causas mais comuns de disfunção sexual feminina de origem hormonal. A queixa mais comum associada à diminuição dos níveis de estrógeno e testosterona dá conta de diminuição da libido, secura vaginal e perda do desejo sexual. Labilidade emocional, distúrbios de sono e alterações na memória também podem ocorrer em razão de deficiências de andrógenos e/ou estrógenos.

Os músculos do diafragma pélvico, bem como do diafragma urogenital, participam da função sexual feminina e são em parte responsáveis por ela. Os músculos isquiocavernosos e bulboesponjosos, quando contraídos voluntariamente, contribuem para intensificar o desejo sexual e o orgasmo, e são responsáveis por contrações involuntárias rítmicas durante o orgasmo. O levantador do ânus é também o modulador das respostas motoras durante o orgasmo assim como da receptividade vaginal. Quando hipertônico, o vaginismo pode ocorrer, conduzindo à dispareunia ou a outra disfunção sexual dolorosa. Quando hipotônico, podem aparecer hipoanestesia vaginal, anorgasmia e incontinência urinária durante o ato sexual.

Qualquer cirurgia ou dano pélvico grande tem potencial para lesar nervos ou vasos sangüíneos que se dirigem para a vagina, o útero ou o clitóris, o que pode acarretar perda da sensação sexual bem como diminuição da excitação. Embora existam plexos nervosos maiores próximos

à cérvix, ao reto e à vagina, pouco se sabe sobre o mecanismo pelo qual eles se conectam com o clitóris e vagina. A melhor compreensão dessa anatomia – à semelhança do conhecimento da anatomia masculina, que identificou os nervos cavernosos percorrendo a face lateral da próstata – e a cuidadosa dissecação durante os procedimentos cirúrgicos ginecológicos podem evitar a disfunção sexual feminina. Incisões do terço distal da vagina, em sua parede proximal, freqüentemente realizados em procedimentos para o tratamento da incontinência urinária aos esforços, também podem conduzir à disfunção sexual devido à abundância de fibras nervosas aí encontradas. O trauma de parto resultante da dilaceração pela passagem do feto ou da aplicação inadequada de fórceps pode causar dano tanto à vagina como aos nervos ou vasos que se dirigem para ela e/ou clitóris.

Independentemente da presença ou ausência de doença orgânica, emoções ou ansiedade podem significativamente afetar o desejo sexual feminino. Situações tais como baixa auto-estima, alteração de imagem corporal e má qualidade da relação com o parceiro podem comprometer a habilidade para responder sexualmente aos estímulos. Por outro lado, depressão ou doenças psicológicas ou do humor estão associadas à disfunção sexual. Medicamentos comumente utilizados no tratamento da depressão em geral reduzem a resposta sexual feminina. Mulheres que recebem inibidores da recaptção de serotonina (SSRIs) freqüentemente apresentam diminuição do desejo sexual, da excitação sexual e da sensação genital, além da dificuldade em obter o orgasmo.

## **1.7 Avaliação da Resposta Sexual Feminina**

Historicamente, a avaliação da disfunção sexual feminina limitou-se à avaliação de aspectos psicológicos, que têm como fator complicador a ausência de dados objetivos sobre a manifestação do desejo. Em contraste com a resposta erétil masculina, muitas das mudanças que compreendem a resposta sexual feminina não são facilmente mensuráveis, além de poderem passar despercebidas pelas pacientes.

A avaliação da paciente com disfunção sexual deveria incluir – além de uma história clínica detalhada, para caracterizar o tipo de disfunção sexual apresentada – um exame físico completo, incluindo análise dos genitais externos e internos, e a valorização de aspectos psicológicos e/ou fisiológicos. Exames laboratoriais, entre eles o estudo da função hormonal, bem como a monitorização das medidas fisiológicas da excitação sexual também são importantes. Medicamentos com efeitos colaterais na função sexual – como agentes anti-hipertensivos e quimioterápicos e drogas de ação no sistema nervoso que afetam a ação hormonal – devem ser questionadas e, eventualmente, trocadas, desde que não haja contra-indicação. O perfil hormonal sugerido inclui análise do hormônio folículo estimulante (FSH), do hormônio luteinizante (LH), da prolactina, da testosterona total e livre e da globulina ligada aos hormônios sexuais (SHBG) e níveis de estradiol. A testosterona no sangue está ligada à albumina e aos SHBG. Os níveis de SHBG aumentam com a idade e diminuem com a administração exógena de estrógenos. Se níveis anormais de testosterona e/ou estrógenos forem detectados, condições médicas



como ruptura do eixo hipotálamo-hipófise, deficiências hormonais secundárias à menopausa, quimioterapia e salpingo-ooforectomia bilateral deverão ser pesquisadas.

Estudos realizados no Centro de Medicina Sexual Feminina da Universidade de Los Angeles e no Departamento de Urologia da Universidade de Boston, por BERMAN E GOLDSTEIN (2001) buscam definir o limite de normalidade pelos parâmetros seguintes, que devem ser avaliados inicialmente e após a estimulação sexual:

a. Fluxo sanguíneo genital: clitoriano, labial, uretral, pico de velocidade sistólica vaginal e velocidade diastólica final, usando ultra-som Duplex-Doppler.

b. Medidas de lubrificação vaginal. O pH aumenta com excitação sexual acima dos níveis ácidos encontrados na vagina normal e naquelas em terapia hormonal.

c. Complacência vaginal: mudanças pressão-volume. É a capacidade de a vagina relaxar e dilatar-se com a estimulação sexual.

d. Sensação genital: limiar de percepção de vibração e de temperatura.

Em continuidade, todas as pacientes deveriam ser avaliadas do ponto de vista emocional e de relacionamento sobre aspectos que podem contribuir para várias deficiências orgânicas. O médico deve determinar o contexto no qual a paciente experimenta sua sexualidade, sua auto-estima e sua imagem corporal, assim como a habilidade para comunicar suas necessidades sexuais ao parceiro.

## *2. Revisão da Literatura*

A incontinência urinária no sexo feminino é altamente prevalente, e DIOKONO (1995) encontrou uma prevalência variável entre 10% e 25% em uma população da faixa etária dos 15 aos 64 anos. Os números podem aumentar se estudarmos uma população de maior idade. Vale ressaltar que seu manuseio representa, nos Estados Unidos, um custo anual de 10 bilhões de dólares.

A disfunção sexual feminina, apesar dos poucos estudos existentes na literatura, parece ser tão prevalente ou mais que a incontinência urinária, variando de 25% a 63%, valores ainda maiores do que os encontrados no sexo masculino.

Apesar da alta incidência das disfunções descritas acima, poucos são os trabalhos que procuram correlacionar ambas as doenças, no intuito de avaliar o impacto da incontinência urinária na vida sexual das mulheres, bem como a melhora que pode ser obtida, se é que existe, após o seu tratamento.

IOSIF (1988) estudou 156 pacientes em idade fértil, admitidas no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Lund, na Suécia, para tratamento de incontinência urinária pela técnica de uretrocolpopexia retropúbica. Nenhuma delas referia qualquer problema marital

ou coital anterior à incontinência, porém 20% dessas mulheres diminuíram a frequência da atividade sexual e 5% a cessaram completamente por causa das perdas urinárias durante o coito ou das perdas urinárias durante a noite. As mulheres com problemas sexuais anteriores à cirurgia apresentaram diminuição de suas queixas de 32% para 10% após o procedimento cirúrgico, e nenhuma das pacientes desenvolveu dispareunia depois da cirurgia. O estudo concluiu que a melhora obtida nas queixas de disfunção sexual deve ser decorrente da melhora da auto-estima da paciente.

HAASE; SKIBSTED (1988), em estudo prospectivo, avaliaram 55 mulheres com vida sexual ativa, média de idade de 49 anos e indicação de cirurgia para descenso vaginal ou incontinência urinária aos esforços pela primeira vez. Delas, 19 (35%) relatavam diminuição da libido em comparação com o período anterior à incontinência urinária, sendo que desse grupo 11 atribuíam a diminuição da libido ao descenso vaginal ou à perda urinária durante o ato sexual e apenas, ao medo de ocorrer a perda. Vinte e três (42%) queixaram-se de dispareunia. Pacientes com idade inferior a 49 anos apresentavam significativamente maior frequência sexual que o grupo com idade superior. No pós-operatório foram questionadas subjetivamente a respeito de alguma mudança em sua vida sexual. Treze (24%) referiram melhora da atividade sexual, trinta e sete (67%) não apresentaram alteração e cinco (9%) queixaram-se de deterioração da vida sexual. A melhora na atividade sexual foi creditada à ausência de incontinência urinária, ao desaparecimento da dispareunia e à correção vaginal. A piora da vida sexual em todas as cinco pacientes decorreu da dispareunia, porém em três delas o sintoma já existia anteriormente.

Alguns autores procuram correlacionar procedimentos cirúrgicos com acesso vaginal, para tratamento de disfunções ginecológicas outras, à disfunção sexual. GIVEN *et. al.* (1993) estudaram o comprimento vaginal de 59 mulheres tratadas de prolapso uterovaginal completo pelas mais variadas técnicas, concluindo não existir diferença estatística na função sexual destas pacientes, independentemente da técnica utilizada. Os especialistas afirmaram, porém, que, se o máximo de comprimento vaginal é o ideal, este é obtido com colpopexia sacral.

HOLLEY *et al.* (1996) estudaram, entre junho de 1987 e junho de 1992, 36 pacientes com idade entre 46 e 86 anos, que se submeteram à cirurgia de reconstrução vaginal e fixação ao ligamento sacroespinal em razão de uma variedade de defeitos pélvicos. No período pré-operatório, 17 (47%) pacientes eram sexualmente ativas e sete delas faziam terapia de reposição hormonal. Havia 19 sexualmente inativas e, dessas, oito apresentavam total prolapso uterino, 10 não tinham atividade sexual por causa de morte ou ausência de parceiro e três, por doença concomitante própria ou do parceiro. No seguimento pós-operatório, 16 (44%) eram sexualmente ativas, sendo que sete não referiram mudança na função sexual, três citaram melhora e seis queixaram-se de dor no ato sexual secundária a estreitamento vaginal. A inatividade sexual foi referida em 20 (56%) pacientes, 13 por morte ou ausência do parceiro, três por estreitamento vaginal que produzia dor, impossibilitando a conclusão do ato sexual, três por problema de saúde própria ou do parceiro que impedia o relacionamento e uma por ausência de libido, concluindo os autores que o procedimento cirúrgico é causa de piora da atividade sexual apenas quando resulta em estreitamento vaginal.

KAHN; STANTON (1997) estudaram 231 mulheres com idade entre 27 e 83 anos que se submeteram a 244 procedimentos de colporrafia posterior, com o intuito de analisar seus efeitos na função do intestino e na função sexual. Encontraram piora de 18% para 27% ( $p = 0,009$ ) nesta última função, após o procedimento cirúrgico, porém os autores não souberam definir se o agravamento do quadro decorria do ato operatório ou do aumento da idade, associado à atrofia pós-menopausal, porque o estudo era retrospectivo e nem todas as pacientes haviam sido examinadas corretamente.

RHODES et al. (1999) avaliaram prospectivamente, durante dois anos, 1.299 mulheres de Maryland que se submeteram à histerectomia, com medidas de função sexual previamente ao procedimento cirúrgico, bem como aos 6, 12, 18 e 24 meses pós-operatórios. Encontraram aumento significativo na porcentagem de mulheres com atividade sexual (70,5% no pré-operatório para 77,6% e 76,7% aos 12 e 24 meses após a histerectomia) e na freqüência de relações, que passaram de 2,3 mensais para 3,1 e 2,9 no pós-operatório. O índice de dispareunia caiu significativamente de 18,6% antes da histerectomia para 4,3% e 3,6% aos 12 e 24 meses pós-operatórios. A dificuldade para alcançar o orgasmo também se reduziu consideravelmente, de 7,6% para 5,2% e 4,9%. A baixa libido regrediu de 10,4% no pré-operatório para 6,3% aos 12 meses e 6,2% aos 24 meses. Por outro lado, o número de mulheres com secreta vaginal elevou-se notavelmente de 37,7%, antes da histerectomia, para 46,8% e 46,7%. Depressão pré-histerectomia estava associada à experiência de dispareunia, secreta vaginal, baixa libido e ausência de orgasmo no pós-operatório. Apesar de esse estudo ter comprovado uma

substancial melhora na função sexual após a histerectomia, o tema é muito controvertido. Outros autores, por exemplo, como JEWETT (1952), já aventaram a hipótese de que a histerectomia poderia deteriorar a vida sexual das mulheres por um encurtamento vaginal e HANSON (1993) considerou que lesões do plexo nervoso uterovaginal durante a histerectomia poderiam ser causa de disfunção orgástica.

LEMACK; ZIMMERN (2000) enviaram questionário sobre a função sexual a 93 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico contra incontinência urinária havia um ano ou mais. As pacientes foram subdivididas em dois grupos. No grupo I, o procedimento realizado consistiu na suspensão da parede vaginal anterior e, no grupo II, das paredes vaginais anterior e posterior. O questionário foi respondido por 60% das pacientes. No seguimento pós-operatório das pacientes do grupo I, 10 (37%) referiram ser sexualmente ativas e, no grupo II, 12 (41%) fizeram a mesma afirmação. Apenas uma mulher, no grupo I, e três, no grupo II, atribuíram a sua inatividade à perda do desejo sexual e à conseqüente inabilidade para o ato. Nos dois grupos, 20% das mulheres mencionaram dispareunia no pós-operatório, um resultado ligeiramente menor do que a incidência desse sintoma no pré-operatório (29%). Nenhuma diferença de incidência de dispareunia foi notada entre os dois grupos. Algumas mulheres (18%) revelaram que o ato sexual piorou após a cirurgia, apesar de nem todas se queixarem de dispareunia. Mulheres pré-menopausadas ou fazendo terapia de reposição hormonal mostraram-se sexualmente mais ativas (46%) do que as que realizavam a terapia de reposição (17%).

WALSH *et al.* (2002) estudaram 20 mulheres, com idade média de 61,1 anos, que se submeteram à “sling” pubovaginal de fásia cadavérica por incontinência urinária tipo II e III. Todas as pacientes responderam a questionários de atividade sexual no pré-operatório e aos quatro meses e um ano pós-operatórios, quando foram também questionadas objetivamente sobre alterações na sensibilidade vaginal no pós-operatório. Quatro (20%) citaram redução da sensibilidade vaginal no quarto mês pós-operatório e uma (15%), após um ano. A pontuação de atividade sexual reduziu-se 3,1% aos quatro meses ( $p = 0,4$ ) e cresceu 3,4% um ano após a cirurgia ( $p = 0,4$ ). Incontinência urinária durante o ato sexual estava presente em nove pacientes (45%) no pré-operatório e em nenhuma no pós-operatório ( $p = 0,001$ ). Os autores concluíram que a solução da incontinência no intercurso está fortemente relacionada à melhora da atividade sexual e que a redução da sensação vaginal também tem forte relação com a piora da pontuação.

MAAITA *et al.* (2002) estudaram 67 mulheres tratadas com a inserção de uma cinta vaginal de polipropileno (TVT), sem tensão, entre setembro de 1998 e março de 2001, para incontinência urinária genuína de esforço. As mulheres receberam questionários 6 e 36 meses depois da cirurgia para apurar a existência de qualquer sintoma urinário, atividade sexual, satisfação da paciente e uso de reposição hormonal. O questionário foi devolvido por 57 pacientes (87%), das quais 43 (75%) relataram ter atividade sexual e 14 (25%), não. Entre as primeiras, 31 (72%) descreveram não ter havido alterações na função sexual após a cirurgia e apenas duas



apontaram melhora; 6 (14%) afirmaram que houve piora da função sexual e quatro não responderam às perguntas. As pacientes que admitiram a piora da função sexual alegaram a perda da libido como razão principal. Nenhuma paciente se queixou de dispareunia. Os autores concluíram que podemos tranquilizar nossas pacientes de que este tipo de cirurgia não vai afetar sua vida sexual.

### 3. *Objetivos*

Considerando a alta prevalência de incontinência urinária aos esforços em nosso meio, nosso objetivo neste estudo é avaliar:

- a. O impacto da incontinência urinária na vida sexual de mulheres com indicação de tratamento cirúrgico pelas técnicas de suporte suburetral.
- b. Identificar se a correção dessa disfunção pode favorecer a vida sexual dessas pacientes, causando melhora na sua qualidade de vida.
- c. Se o tipo de suporte suburetral utilizado (autólogo ou sintético) interfere nos resultados obtidos.

## *4. Casuística e Métodos*

#### 4.1 Casuística

Foram estudadas 64 mulheres heterossexuais provenientes do ambulatório de Uroginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com indicação para o tratamento de incontinência urinária aos esforços pelas técnicas de suporte suburetral, no período de agosto de 2001 a setembro de 2002. A idade das pacientes variou de 33 a 86 anos, com média de 56 anos, desvio-padrão de 12,3 anos e mediana de 55 anos. A distribuição da idade das pacientes estudadas é apresentada na TABELA 1.

**TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO POR IDADE DAS PACIENTES ESTUDADAS**

<b>IDADE (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>31-40</b>	4	6,25
<b>41-50</b>	19	29,69
<b>51-60</b>	19	29,69
<b>61-70</b>	15	23,43
<b>71-80</b>	4	6,25
<b>81-90</b>	3	4,69
<b>TOTAL</b>	64	100,00

De acordo com a distribuição etária das pacientes, podemos subdividi-las em dois grupos. O primeiro inclui pacientes com idade inferior ou igual a 50 anos e o segundo, mulheres com idade igual ou superior a 51 anos. A análise dos grupos etários é apresentada na TABELA 2.

**TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO EM GRUPOS ETÁRIOS DAS PACIENTES ESTUDADAS**

IDADE (anos)	N	%
≤50	28	43,75
≥51	36	56,25
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>

A distribuição das pacientes quanto ao grupo étnico está representada na TABELA 3, com predomínio da cor branca (82,81%).

**TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO GRUPO ÉTNICO DAS PACIENTES ESTUDADAS**

GRUPO ÉTNICO	N	%
Branco	53	82,81
Amarelo	3	4,69
Preto	8	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>

A disfunção sexual feminina é um problema médico multicausal e multidimensional, com componentes biológicos e psicológicos, sem parâmetros objetivos definidos para sua avaliação. Além disso, há dificuldade técnica para esta análise, diferentemente do sexo masculino, em que se pode ter uma avaliação objetiva da ereção. Logo, optamos por examinar subjetivamente a função sexual de todas as pacientes estudadas, com a aplicação do questionário “The Female Sexual Function Index” (FSFI) modificado, idealizado por: UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ; U. Tennessee, Memphis, TN; U-Washington, Seattle, WA.; U. Texas, Austin, TX; Columbia U. School of Medicine, New York, NY. Esse questionário, constituído de 19 perguntas, avalia os domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e sintomatologia dolorosa (ROSEN *et.al.*, 2000). A ele, acrescentamos uma indagação, com o intuito de quantificar o impacto da perda urinária no ato sexual.

Na véspera do procedimento cirúrgico, as pacientes receberam explicações pormenorizadas sobre o trabalho que se pretendia executar, sendo obtida a sua autorização para a realização do questionário.

Primeiramente, as pacientes foram inquiridas objetivamente sobre a doença de base, com o intuito de caracterizar as perdas urinárias por elas apresentadas, bem como procedimentos cirúrgicos prévios, enfatizando os procedimentos com acesso vaginal. Em seguida aplicou-se o “The Female Sexual Function Index” (FSFI) modificado, sendo-lhes solicitado que respondessem espontaneamente ao questionário e utilizassem o tempo que fosse necessário, em ambiente calmo, sem a

presença de nenhuma outra pessoa. No caso de surgirem dúvidas a respeito de algum item, o interlocutor era chamado para prestar os devidos esclarecimentos. Depois do término do preenchimento, as pacientes foram orientadas para retornar num prazo de seis meses, a fim de que o questionário pudesse ser novamente aplicado, com o objetivo de avaliar possíveis alterações na função sexual decorrentes do ato cirúrgico.

No dia seguinte, as pacientes submeteram-se ao tratamento da incontinência urinária pelas técnicas de suporte suburetral, sendo o procedimento acompanhado pelo autor, que anotou qual o tipo de suporte utilizado (aponevrose do reto abdominal, fáschia lata ou cinta de polipropileno – TVT). (TABELA 4)

**TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA REALIZADA**

<b>TÉCNICA OPERATÓRIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Autólogo - Reto Abdominal</b>	53	82,81%
<b>TVT</b>	10	15,63%
<b>Autólogo - Fáschia Lata</b>	1	1,56%
<b>TOTAL</b>	64	100,00%

Após seis meses da realização do procedimento cirúrgico, as pacientes que apresentavam atividade sexual foram convocadas a comparecer ao ambulatório de Uroginecologia, em horário pré-definido. Inicialmente foram indagadas a respeito do sucesso do procedimento realizado em relação às perdas urinárias, bem como sobre eventuais complicações ocorridas. Em seguida, aplicou-se novamente o FSFI modificado nas mesmas condições adotadas anteriormente.



Um ano depois do procedimento cirúrgico, concluiu-se o estudo realizado, contactando todas as pacientes, agora por telefone. As que não tinham atividade sexual antes do procedimento cirúrgico foram argüidas de forma objetiva se voltaram a ter essa atividade e por qual motivo. Em relação às pacientes que já apresentavam atividade sexual, questionou-se sobre a sua manutenção, bem como, de forma objetiva, se o procedimento cirúrgico realizado tinha tornado seus relacionamentos sexuais melhores, piores ou inalterados. Perguntou-se a elas, ainda, se a alteração em seu desejo sexual estaria relacionada com o resultado do tratamento cirúrgico realizado.

#### **4.2 “The Female Sexual Function Index” (FSFI)**

O “The Female Sexual Function Index” é composto por 19 perguntas que avaliam os domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e sintomatologia dolorosa. A ele, acrescentamos uma pergunta, com o intuito de quantificar o impacto da perda urinária no ato sexual.

Inicialmente, as pacientes responderam às duas primeiras questões referentes ao desejo sexual, que se destinavam tanto a mulheres com ou sem atividade sexual. A pontuação variava de 1 a 5, dependendo do grau de desejo apresentado pela paciente. A somatória das respostas dessas duas questões variou de 2 a 10, sendo 2 equivalente a um grau de desejo muito baixo, e 10, a um desejo sexual muito intenso.

Q1. Nas quatro últimas semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Sempre ou quase sempre

4 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Nunca ou quase nunca

Q2. Nas quatro últimas semanas, como você classificaria o seu nível de desejo e interesse sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou inexistente

As pacientes sem atividade sexual tinham o questionário interrompido neste ponto, visto que as perguntas seguintes se relacionavam com o ato sexual. As pacientes que mantinham atividade sexual respondiam inicialmente a quatro quesitos sobre a excitação sexual, para avaliar o grau, a confiança e a satisfação com sua excitação durante o relacionamento sexual. A pontuação se baseava em uma escala na qual o valor 5 representava o melhor desempenho (sempre, muito alto), o valor 3 definia um desempenho intermediário (metade das vezes, moderado) e o valor 1 significava baixo desempenho (nunca, muito baixo ou inexistente).

Q3. Nas quatro últimas semanas, com que frequência você se sentiu estimulada durante a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Sempre ou quase sempre

4 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Nunca ou quase nunca

Q4. Nas últimas quatro semanas, como você classificaria o seu nível de satisfação sexual durante a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou inexistente

Q5. Nas últimas quatro semanas, qual o grau de confiança sobre tornar-se sexualmente excitada durante a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Muito alta confiança

4 = Alta confiança

3 = Moderada confiança

2 = Baixa confiança

1 = Muito baixa ou confiança inexistente

Q6. Nas últimas quatro semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com seu desejo (excitação) durante a atividade sexual ou relação?

5 = Sempre ou quase sempre

4 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Nunca ou quase nunca

Seguiam-se quatro indagações sobre a lubrificação, para avaliar o seu grau, a sua manutenção durante o ato sexual e a dificuldade em obtê-la e mantê-la. Utilizou-se a mesma escala de pontuação.

Q7. Nas últimas quatro semanas, com que frequência se tornou lubrificada (úmida) durante a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Sempre ou quase sempre

4 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Nunca ou quase nunca

Q8. Nas últimas quatro semanas, com que dificuldade se tornou lubrificada (úmida), durante a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Sem dificuldade

4 = Ligeiramente difícil

3 = Difícil

2 = Muito difícil

1 = Extremamente difícil ou impossível

Q9. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até completar a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Sempre ou quase sempre

4 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Nunca ou quase nunca

Q10. Nas últimas quatro semanas, qual o grau de dificuldade para você manter sua lubrificação até completar a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Sem dificuldade

4 = Ligeiramente difícil

3 = Difícil

2 = Muito difícil

1 = Extremamente difícil ou impossível

O orgasmo era avaliado em seguida, por meio de três questões, para analisar a frequência, a dificuldade e a satisfação das pacientes com seus orgasmos durante o relacionamento sexual. Os números variavam de 3, para pacientes que apontavam muita dificuldade em obtê-lo (raramente o conseguiam e revelavam-se altamente insatisfeitas), a 15, naquelas que freqüentemente o atingiam (altamente satisfeitas, pois não tinham dificuldade em alcançá-lo).

Q11. Nas quatro últimas semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você alcançou o orgasmo (clímax)?

5 = Sempre ou quase sempre

4 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Nunca ou quase nunca

Q12. Nas quatro últimas semanas, quando você teve estimulação ou relação sexual, com que grau de dificuldade chegou ao orgasmo (clímax)?

5 = Sem dificuldade

4 = Ligeiramente difícil

3 = Difícil

2 = Extremamente difícil ou impossível

1 = Muito difícil

Q13. Nas quatro últimas semanas, quão satisfeita ficou com sua habilidade para alcançar o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou relação sexual?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Igual nível entre satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

Os quesitos seguinte, chamados de satisfação, visavam a avaliar a vida sexual global de nossas pacientes, além do grau de adequação em relação ao parceiro. Foram três perguntas, cuja pontuação variava de 3 para pacientes altamente insatisfeitas a 15 nas pacientes altamente satisfeitas.

Q14. Nas quatro últimas semanas, qual o seu grau de satisfação com a proximidade entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Igual nível entre satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

Q15. Nas quatro últimas semanas, qual o seu grau de satisfação com a relação sexual com o seu parceiro?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Igual nível entre satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

Q16. Nas quatro últimas semanas, qual o seu grau de satisfação com a qualidade e quantidade da sua vida sexual?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Igual nível entre satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

0 = Sem atividade sexual

O domínio dor era avaliado em seguida, com três indagações, sobre a presença de quadro doloroso durante a penetração e depois dela, ao lado da classificação da paciente em relação ao seu grau de desconforto ou dor. A pontuação também variava entre 3 e 15.



Q17. Nas quatro últimas semanas, com que frequência você experimentou desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

5 = Nunca ou quase nunca

4 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

1 = Sempre ou quase sempre

Q18. Nas quatro últimas semanas, com que frequência você experimentou desconforto ou dor após a penetração vaginal?

5 = Nunca ou quase nunca

4 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

1 = Sempre ou quase sempre

Q19. Nas últimas quatro semanas, como você classificaria seu índice de desconforto ou dor durante a penetração vaginal ou depois dela?

5 = Muito baixo ou inexistente

4 = Baixo

3 = Moderado

2 = Alto

1 = Muito alto

A questão de número 20 foi acrescentada por nós ao FSFI, para avaliar as perdas urinárias durante o ato sexual. A pontuação variou de 1 para pacientes com perdas urinárias em todos ou quase todos os relacionamentos sexuais a 5 para pacientes que não apresentavam perdas urinárias nunca ou quase nunca.

Q20. Nas últimas quatro semanas, com que frequência você apresentou perdas urinárias durante o relacionamento sexual?

5 = Nunca ou quase nunca

4 = Poucas vezes (menos da metade das vezes)

3 = Algumas vezes (metade das vezes)

2 = Muitas vezes (mais da metade das vezes)

1 = Sempre ou quase sempre

Quando da totalização dos resultados, alta pontuação refletia melhor desempenho sexual. A pontuação variava de 2, para mulheres sem atividade sexual e sem desejo, a 100, para pacientes sem nenhuma queixa e com plena satisfação sexual.

### **4.3 Análise Estatística**

Para as variáveis quantitativas contínuas, a análise descrita foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvios-padrão e medianas. Para as variáveis categóricas, foram calculadas freqüências absolutas e relativas. Quando necessária a verificação da associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de associação do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, caso encontrado pelo menos uma freqüência esperada menor do que cinco.

Para averiguarmos o impacto do procedimento cirúrgico realizado, por meio da comparação entre as médias da pontuação dos itens desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e perdas urinárias, aplicamos o teste de sinais de Wilcoxon (não paramétrico).

Na comparação das médias das escalas dos itens desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e perdas urinárias, relacionadas com os diferentes tipos de suporte suburetral, foi utilizada a análise de variância de medidas repetidas a dois falsos, sendo o tempo a medida repetida (pré x pós) e o tipo de cirurgia, a variável multipedente. Na presença de diferenças estatisticamente significativas, a análise foi complementada com o teste de múltiplas comparações de Tukey-HSD.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

## 5. *Resultados*

### 5.1 Atividade Sexual

Das 64 pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de incontinência urinária aos esforços pela técnica de suporte suburetral, 39 pacientes (60,94%) apresentavam atividade sexual nas últimas quatro semanas, enquanto 25 pacientes (39,06%) não apresentavam atividade sexual. (TABELA 5)

**TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES QUANTO À ATIVIDADE SEXUAL**

ATIVIDADE SEXUAL	N	%
Sim	39	60,94
Não	25	39,06
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>

A distribuição por grupo etário das pacientes com e sem atividade sexual encontra-se na TABELA 6. Ao aplicarmos o teste do Qui-quadrado para estas duas amostras, encontramos  $p = 0,011$ ; portanto, o grupo etário exerce influência na atividade sexual (valor significativo).

**TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO ETÁRIO DAS PACIENTES COM E SEM ATIVIDADE SEXUAL**

<b>IDADE (anos)</b>	<b>SEM</b>	<b>ANOS</b>	<b>COM</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
≤50	6	24,0	22	56,40	28	43,75
≥51	19	76,0	17	43,60	36	56,75
<b>TOTAL</b>	25	100,0	39	100,00	64	100,00

Teste do  $\chi^2$  p = 0,011

## 5.2 Pacientes sem Atividade Sexual

Das pacientes sem atividade sexual, as causas apresentadas para essa abstinência foram: falta de parceiro, ausência de desejo sexual, parceiro com doença que o impedia de ter atividade sexual e doença da própria paciente. (TABELA 7)

**TABELA 7 - CAUSAS DE AUSÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL**

<b>CAUSA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ausência parceiro</b>	11	44,00
<b>Ausência desejo</b>	10	40,00
<b>Paciente doente</b>	1	4,00
<b>Parceiro doente</b>	3	12,00
<b>TOTAL</b>	25	100,00

Das pacientes sem parceiros, sete eram viúvas, duas não apresentavam nenhum parceiro no momento, o parceiro de uma delas encontrava-se trabalhando em lugar distante havia mais de um ano, com previsão de retorno dentro de um ano, e outra tinha parceiro, porém não praticavam atividade sexual. (TABELA 8)

**TABELA 8 - PACIENTES SEM PARCEIROS: CAUSAS**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Parceiro faleceu</b>	7	63,64
<b>Parceiro não procura</b>	1	9,09
<b>Sem parceiro</b>	2	18,18
<b>Longe do parceiro</b>	1	9,09
<b>TOTAL</b>	11	100,00

A distribuição etária das pacientes que não apresentavam atividade sexual por falta de parceiro ou por ausência de desejo sexual encontra-se na TABELA 9. Ao aplicarmos o teste estatístico de Qui-quadrado, a correlação entre a idade da paciente e a inatividade sexual por ausência de parceiro ou de desejo não foi significativa.

**TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DAS PACIENTES SEM ATIVIDADE SEXUAL POR FALTA DE PARCEIRO OU AUSÊNCIA DE DESEJO**

<b>IDADE (anos)</b>	<b>AUSÊNCIA</b>	<b>%</b>	<b>DESEJO</b>	<b>%</b>
<b>≤50</b>	4	36,36	1	10,00
<b>&gt;51</b>	7	63,64	9	90,00
<b>TOTAL</b>	11	100,00	10	100,00

Teste do  $\chi^2$  p = 0,311

Das 25 pacientes sem atividade sexual, apenas 2 (8%) apresentavam pontuação igual ou superior a 6 no quesito desejo sexual, que variava de 2 a 10. Nenhuma delas tinha parceiro no momento da pesquisa, e o marido de uma delas estava trabalhando em outro país, com retorno programado para dentro de um ano. (TABELA 10)

**TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES SEM ATIVIDADE SEXUAL, SEGUNDO PONTUAÇÃO DO DESEJO SEXUAL**

<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>2 a 4</b>	21	84,00
<b>5 a 6</b>	2	8,00
<b>7 a 10</b>	2	8,00
<b>TOTAL</b>	25	100,00

Depois de um ano da realização do procedimento cirúrgico, das 25 pacientes sem atividade sexual só foi possível contactar 20. Desse total, 3 (15%) haviam voltado a ter relacionamentos sexuais, uma em razão do retorno do marido, que estava trabalhando em outra nação, e outras duas (10%) por terem encontrado novo parceiro. As pacientes, porém, acreditavam que a melhora nas perdas urinárias tinha sido fator estimulante nesse sentido.



### 5.3 Paciente com Atividade Sexual

Das 39 pacientes com atividade sexual, apresentamos, na TABELA 11, a média, o desvio-padrão e a mediana de todos os domínios avaliados.

**TABELA 11 - PONTUAÇÃO DOS DIVERSOS QUESITOS EM PACIENTES COM ATIVIDADE SEXUAL NO PRÉ-OPERATÓRIO**

	MÉDIA	DESVIO	MEDIANA
<b>Desejo</b>	5,82	1,78	6
<b>Excitação</b>	13,74	3,41	13
<b>Lubrificação</b>	14,71	4,67	15
<b>Orgasmo</b>	8,68	3,92	9
<b>Satisfação</b>	9,89	3,74	9
<b>Dor</b>	11	4,61	13,5
<b>Perdas</b>	3,34	1,74	4
<b>TOTAL</b>	67,08	12,78	67

Para melhor expor os resultados apresentados, classificamos as diversas pontuações dos domínios analisados em:

- Satisfatória, quando era superior ao número de questões do quesito analisado vezes três mais um, o que representa um desempenho sexual satisfatório em mais da metade de seus relacionamentos sexuais.
- Insatisfatória, quando inferior ao produto do número de questões vezes dois. Os valores 1 e 2 são atribuídos quando as pacientes manifestavam insatisfação em relação a sua atividade sexual, e a pontuação apresentada corresponde a um desempenho sexual satisfatório em menos da metade de seus relacionamentos.

- Intermediária, quando se encontrava entre os extremos (TABELA 12), e representa um desempenho sexual satisfatório em metade de seus relacionamentos.

**TABELA 12 - CLASSIFICAÇÃO POR PONTUAÇÃO**

VARIÁVEL	INSATISFATÓRIA	INTERMEDIÁRIA	SATISFATÓRIA
<b>Desejo</b>	2 a 4	5 a 6	7 a 10
<b>Excitação</b>	4 a 8	9 a 12	13 a 20
<b>Lubrificação</b>	4 a 8	9 a 12	13 a 20
<b>Orgasmo</b>	3 a 6	7 a 9	10 a 15
<b>Satisfação</b>	3 a 6	7 a 9	10 a 15
<b>Dor</b>	3 a 6	7 a 9	10 a 15
<b>TOTAL</b>	20-40	41-60	61-100

A TABELA 13 reproduz a freqüência de respostas satisfatória, intermediária e insatisfatória. Pelos números, podemos observar que, apesar de 71,79% das pacientes apresentarem pontuação satisfatória, apenas 30,77% delas conseguiram essa pontuação no quesito desejo, apenas 35,90% no quesito orgasmo e apenas 43,59% se diziam altamente satisfeitas. Os quesitos excitação, lubrificação e dor representam valores acima de 50% no grupo satisfeito.

**TABELA 13 - VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO NOS DIVERSOS QUESITOS, PRE-OPERATORIAMENTE**

VARIÁVEL	INSATISFATÓRIO		INTERMEDIÁRIO		SATISFATÓRIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Desejo</b>	13	33,33	14	35,90	12	30,77	39	100,00
<b>Excitação</b>	4	10,26	14	35,90	21	53,85	39	100,00
<b>Lubrificação</b>	5	12,82	11	28,21	23	58,97	39	100,00
<b>Orgasmo</b>	15	38,46	10	25,64	14	35,90	39	100,00
<b>Satisfação</b>	9	23,08	13	33,33	17	43,59	39	100,00
<b>Dor</b>	6	15,38	7	17,95	26	66,67	39	100,00
<b>TOTAL</b>	1	2,56	10	25,64	28	71,79	39	100,00

### 5.3.1 Perdas urinárias o ato sexual

Das pacientes com atividade sexual, 23 (59%) registravam perdas urinárias durante o ato sexual, sendo que 20 (51%) apresentavam perdas urinárias em metade ou mais das vezes em que tinham atividade sexual (pontuação 3, 2 e 1) e 13 (33,%) tinham perdas em todas as relações (pontuação 5). (TABELAS 14 e 15)

**TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM PERDAS URINÁRIAS DURANTE O ATO SEXUAL**

PERDA URINÁRIA	N	%
<b>Sim</b>	23	59,00
<b>Não</b>	16	41,00
<b>TOTAL</b>	39	100,00

**TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES COM PERDAS URINÁRIAS DURANTE O ATO SEXUAL, SEGUNDO A PONTUAÇÃO**

PONTUAÇÃO	N	%	% TOTAL
4	3	13,04	7,69
3	5	21,74	12,83
2	2	8,70	5,14
1	13	56,52	33,34
<b>TOTAL</b>	23	100,00	59,00

#### 5.4 Avaliação Pós-operatória

Das 39 pacientes submetidas ao tratamento de incontinência urinária aos esforços pela técnica de suporte suburetral, apenas paciente não compareceu ao ambulatório seis meses após o procedimento cirúrgico para responder novamente ao questionário. Logo, para análise estatística do efeito da cirurgia, esse caso não foi analisado.

Em relação ao desejo sexual, 10 pacientes (26,31%) apresentaram elevação em sua pontuação, 24 a mantiveram inalterada e quatro acusaram diminuição. Com relação à excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, foi encontrada distribuição semelhante, ou seja, frequência superior a 60% das pacientes com manutenção de sua pontuação, frequências entre 10% a 30% das pacientes com variação da pontuação para mais ou para menos. Em relação à perda urinária durante a atividade sexual, 20 pacientes (52,63%) apresentaram melhora, enquanto 18 (47,37%) mantiveram a pontuação. Cabe aqui lembrar que 16 já não tinham perdas urinárias durante a atividade sexual e duas pacientes que já registravam perdas esporádicas

(pontuação 4) as mantiveram no pós-operatório. Nenhuma paciente mencionou piora da perda urinária no ato sexual no pós-operatório. Quando da totalização, encontramos melhora em 52,63% das pacientes, piora em 31,58% e pontuação inalterada em 15,79%. (TABELA 16)

**TABELA 16 - VARIAÇÃO DA PONTUAÇÃO NOS DIVERSOS QUESITOS (PRÉ-OPERATÓRIO X PÓS-OPERATÓRIO)**

VARIÁVEL	MAIOR		IGUAL		MENOR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Desejo</b>	10	26,31	24	63,16	4	10,53	38	100,00
<b>Excitação</b>	8	21,05	25	65,79	5	13,16	38	100,00
<b>Lubrificação</b>	4	10,53	23	60,52	11	28,95	38	100,00
<b>Orgasmo</b>	7	18,42	24	63,16	7	18,42	38	100,00
<b>Satisfação</b>	5	13,16	25	65,79	8	21,05	38	100,00
<b>Dor</b>	7	18,42	24	63,16	7	18,42	38	100,00
<b>Perdas</b>	20	52,63	18	47,37	0	0	38	100,00
<b>TOTAL</b>	20	52,63	6	15,79	12	31,58	38	100,00

A TABELA 17 expõe as médias da pontuação pré-operatória e pós-operatória, bem como o nível de significância após a aplicação do teste de sinais de Wilcoxon (não paramétrico), que compara a média das pontuações dos diversos domínios do FSFI. Observamos que todos os itens – excitação, lubrificação, orgasmo e a totalização – apresentaram ligeira redução, enquanto o desejo, a dor e o item perdas urinárias acusaram ligeiro aumento. Nenhum, porém, exceto o domínio que avalia as perdas urinárias durante o ato sexual, registrou nível de significância inferior a 5%.

**TABELA 17 - COMPARAÇÃO DA MÉDIA DA PONTUAÇÃO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO E NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA**

VARIÁVEL	ANTES	DEPOIS	p
Desejo	5,82 (1,78)	6,08 (2,20)	0,265
Excitação	13,74 (3,41)	13,61 (4,26)	0,972
Lubrificação	14,71 (4,67)	14,42 (4,82)	0,242
Orgasmo	8,68 (3,92)	8,58 (4,12)	0,825
Satisfação	9,89 (3,74)	9,53 (4,07)	0,420
Dor	11,00 (4,61)	11,29 (3,86)	0,706
Perdas	3,34 (1,74)	4,82 +/- 0,83	<0,001
<b>TOTAL</b>	67,08 (12,78)	68,42 (16,43)	0,182

Às pacientes com atividade sexual, após um ano da realização do procedimento cirúrgico, perguntamos de forma objetiva, por meio de contacto telefônico, se o procedimento cirúrgico tinha melhorado ou piorado a sua vida sexual ou se não havia interferido nela. (TABELA 18)

**TABELA 18 - ATIVIDADE SEXUAL APÓS UM ANO DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

	N	%
Piorou	4	10,53
Igual	26	68,42
Melhorou	8	21,05
<b>TOTAL</b>	38	100,00

Das quatro pacientes que afirmavam que sua atividade sexual tinha piorado, duas haviam evoluído com quadro de bexiga hiperativa, com queixa de urgência miccional, e uma paciente submetida a tratamento cirúrgico com suporte de TVP apresentou como complicação a migração da cinta para o interior vesical. Também de forma objetiva, 9 (23,68%) das 38 pacientes submetidas a tratamento de incontinência urinária por suporte suburetral afirmaram que houve melhora no seu desejo sexual, creditando-a ao fato de não apresentarem mais perdas urinárias no seu relacionamento sexual. (TABELA 19)

**TABELA 19 - VARIAÇÃO DO DOMÍNIO DESEJO, APÓS UM ANO DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Piorou</b>	3	7,89
<b>Igual</b>	26	68,42
<b>Melhorou</b>	9	23,68
<b>TOTAL</b>	38	100,00

## 5.5 Avaliação Quanto ao Tipo de Suporte Suburetral

Considerando que as pacientes com atividade sexual foram submetidas a suporte suburetral de diferentes materiais – 30 tratadas com enxerto autólogo de aponeurose do reto abdominal, sete com enxerto sintético de TVT e uma com enxerto autólogo de fásia lata –, foi realizado estudo estatístico com o intuito de avaliar se o material utilizado no ato operatório poderia ter influência nos resultados obtidos. Como apenas uma paciente se submeteu ao suporte suburetral com enxerto autólogo de fásia lata, este dado não foi considerado.

### 5.1.1 Desejo sexual

Para o domínio desejo sexual, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,33$ ) nem entre os momentos ( $p = 0,18$ ). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia ( $p = 0,32$ ). (TABELA 20)

**TABELA 20 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DO DESEJO SEXUAL NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
Reto Abdominal	5,97 (1,85)	6,10 (2,26)
TVT	4,86 (1,07)	5,71 (2,06)



### 5.5.2 Excitação sexual

Para o domínio excitação sexual, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,57$ ) nem entre os momentos ( $p = 0,86$ ). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia ( $p = 0,57$ ). (TABELA 21)

**TABELA 21 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DA EXCITAÇÃO SEXUAL NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
Reto Abdominal	13,50 (3,59)	13,20 (4,30)
TVT	13,86 (1,57)	14,42 (3,73)

### 5.5.3 Lubrificação

Para o domínio lubrificação não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,50$ ) nem entre os momentos ( $p = 0,43$ ). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia ( $p = 0,06$ ). (TABELA 22)

**TABELA 22 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DA LUBRIFICAÇÃO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
Reto Abdominal	14,60 (4,52)	13,77 (4,79)
TVT	14,43 (5,53)	16,43 (4,50)

#### 5.5.4 Orgasmo

Para o domínio orgasmo, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,23$ ) nem entre os momentos ( $p = 0,95$ ). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia ( $p = 0,74$ ). (TABELA 23)

**TABELA 23 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DO ORGASMO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
Reto Abdominal	8,37 (4,03)	8,17 (4,18)
TVT	10,00 (3,65)	10,29 (3,99)

#### 5.5.5 Satisfação

Para o domínio satisfação, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,20$ ) nem entre os momentos ( $p = 0,59$ ). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia ( $p = 0,96$ ). (TABELA 24)

**TABELA 24 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DA SATISFAÇÃO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
Reto Abdominal	9,40 (3,77)	9,03 (4,20)
TVT	11,29 (3,09)	10,86 (2,97)

### 5.5.6 Dor

Para o domínio dor, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,19$ ) nem entre os momentos ( $p = 0,61$ ). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia ( $p = 0,50$ ). (TABELA 25)

**TABELA 25 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DA DOR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
<b>Reto Abdominal</b>	11,73 (4,14)	11,60 (3,92)
<b>TVT</b>	9,14 (4,74)	10,14 (4,02)

### 5.5.7 Perdas urinárias

Para o domínio perdas urinárias durante o ato, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia ( $p = 0,52$ ), porém em relação à comparação entre momentos diferentes, ou seja, a perda urinária no pré e no pós-operatório, os resultados são significantes, conforme foi demonstrado anteriormente ( $p < 0,001$ ). A estes resultados foi aplicado o teste de múltiplas comparações de Tukey-HSD, sendo que a pontuação dos dois grupos no pré-operatório e no pós-operatório não apresenta variação estatisticamente significativa. No entanto, na pontuação por tipo de cirurgia, é significativa a variação obtida no pré e pós-operatório quando o suporte suburetral é autólogo de fásia do reto abdominal. O mesmo não ocorre quando o suporte é sintético, porém o

baixo número de pacientes neste subgrupo não permite concluir que o suporte autólogo seja superior ao sintético, com a intenção de acabar com as perdas urinárias durante o ato sexual de pacientes. (TABELA 26)

**TABELA 26 - MÉDIA DA PONTUAÇÃO DAS PERDAS URINÁRIA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO		P*
	PRÉ	PÓS	
Reto Abdominal	3,33 (1,75)	4,90 (0,30)	pré ? pós (p<0,001)
TVT	3,71 (1,70)	5,00 (0,00)	pré = pós (p = 0,227)
	reto = tvt (p = 0,882)	Reto = tvt (p = 0,997)	

\* Nível de significância estatística segundo o teste de múltiplas comparações de Tukey-HSD

### 5.5.8 Totalização

Quando da totalização da pontuação, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os tipos de cirurgia (p = 0,33) nem entre os momentos (p = 0,18). Não houve interação estatisticamente significativa entre o momento e o tipo de cirurgia (p = 0,32). (TABELA 27)

**TABELA 27 - MÉDIA DA TOTALIZAÇÃO DA PONTUAÇÃO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO SEGUNDO O TIPO DE SUPORTE UTILIZADO**

CIRURGIA	MOMENTO	
	PRÉ	PÓS
Reto Abdominal	66,77 (12,78)	66,77 (16,48)
TVT	67,28 (12,19)	72,86 (16,02)

## *6. Discussão*

## 6.1 Atividade Sexual

No início de 1999, a National Health and Social Life Survery (NHSLs) publicou, no *Jornal da Associação Médica Americana*, trabalho mostrando que problemas sexuais são mais freqüentes do que imaginamos: 43% das mulheres americanas apresentam disfunção sexual, uma porcentagem mais elevada se comparada com a masculina, cujos índices são de 31%. Esses dados vêm ao encontro da elevada incidência de mulheres sem atividade sexual encontrada neste trabalho, pois 39,06% das pacientes (29 mulheres) não têm relações sexuais. Apesar do baixo número de mulheres na amostra estudada, da existência de mulheres com idade inferior a 50 anos neste grupo e do fato de ser uma amostra específica de mulheres com incontinência urinária aos esforços, observou-se que a idade influencia significativamente a presença ou não da atividade sexual. O resultado é confirmado pelo estudo de DIOKONO, 1990, com pacientes de mais de 60 anos: O trabalho demonstrou que a atividade sexual diminui com a idade e com o fato de o indivíduo ser solteiro.

ABDO *et al.*, 2000, em nosso meio, estudaram 1.474 mulheres, nas quais os extremos de idade – abaixo de 25 anos e acima de 61 anos – foram minoria. Segundo eles, 16,4% dessas mulheres não tinham vida sexual

ativa, valor bastante inferior ao encontrado neste trabalho, que, porém, contém uma amostra de mulheres de faixa etária mais elevada: 34,4% das pacientes tinham idade superior a 60 anos, enquanto no trabalho mencionado apenas 22,9% das mulheres apresentavam idade superior a 60 anos, o que justificaria os resultados, considerando os achados que a idade influencia significativamente a disfunção sexual feminina.

BROCK *et al.* (2003), após estudarem uma amostra de 27.500 mulheres de diferentes países, concluíram que problemas sexuais são altamente prevalentes e a frequência das diferentes disfunções tende a aumentar com a idade, apesar de após os 50 anos menos mulheres permanecerem sexualmente ativas.

HOLLOWAY *et al.* (2003), em estudo feito com 1.141 mulheres entre 21 e 80 anos, verificaram que com o aumento da idade, a prevalência de hipoatividade sexual ou distúrbio de excitação aumentaram. Eles demonstraram também que mulheres com menos de 60 anos com disfunção sexual desejam tratamento.



## **6.2 Pacientes Sem Atividade Sexual**

Das 25 pacientes sem atividade sexual, 19 (76%) tinham idade superior a 50 anos, demonstrando que a idade influencia significativamente a presença ou ausência de atividade sexual. Os dados apresentados pela NHSLS mostram que a prevalência dos problemas sexuais femininos diminui com o aumento da idade, exceto para mulheres com problemas de lubrificação, porém cabe aqui lembrar que a ausência de atividade sexual não pode ser caracterizada simplesmente como disfunção.

Das pacientes estudadas sem atividade sexual, 11 (44%) delas estavam sem parceiros no momento da cirurgia: sendo que sete eram viúvas, o marido de uma residia em outro país, uma era casada, porém o marido não a procurava para o ato sexual, e outras duas realmente não tinham parceiros. Outras 10 mulheres (40%) classificaram sua ausência de atividade sexual pela falta de desejo. Testes estatísticos aplicados para avaliar se a faixa etária influencia a falta de atividade sexual não encontraram correlação estatística ( $p = 0,311$ ). Não obstante, fatores educacionais, religiosos e emocionais devem sempre ser levados em consideração. As pacientes justificaram a falta de atividade sexual por motivos diferentes, mas a ausência de desejo é o principal fator que impede a atividade sexual dessas mulheres, o que pode ser demonstrado quando avaliamos a pontuação referente às pacientes. Assim, apenas duas mulheres (8%) tinham pontuação superior ou igual a 7, classificada como de desejo sexual satisfatório, enquanto 21 (84%) apresentavam pontuação inferior a 4, ou seja, desejo sexual insatisfatório.

Das 20 pacientes sem atividade sexual que conseguimos contactar após um ano de realização do procedimento cirúrgico, 3 (15%) voltaram a apresentar atividade sexual. Em duas delas, esta retomada da atividade sexual foi associada ao fato de deixarem de apresentar perdas urinárias aos esforços, demonstrando que perdas urinárias podem ser causa da diminuição do desejo sexual, pois ambas as pacientes alegavam como causa da não-atividade sexual o baixo desejo.

### **6.3 Pacientes com Atividade Sexual**

Apesar de uma amostra pequena e restrita de mulheres portadoras de incontinência urinária aos esforços, 71,79% das pacientes estudadas apresentavam pontuação elevada quando da totalização das diversas variáveis analisadas, que deve ser atribuída à pontuação satisfatória obtida no domínio excitação quando estimuladas (53,85%), lubrificação (58,97%) e dor (66,67%). Por outro lado, chama a atenção e chega ser preocupante a análise isolada dos quesitos desejo, orgasmo e satisfação, nos quais a pontuação satisfatória é respectivamente de 30,77%, 35,90% e 43,59%.

O desejo sexual é o fator preponderante para que a mulher possa apresentar uma vida sexual saudável e bem resolvida. Neste aspecto, porém, novamente o item desejo registra valores elevados para a pontuação insatisfatória e intermediária. Quando somados esses números atingem percentagem ao redor de 70%, o que pode ser atribuído a uma série de fatores, inclusive ao fato de muitas delas acusarem perdas urinárias durante o ato sexual.

O item orgasmo também apresenta baixa percentagem para pontuação satisfatória (35,90%). Esse fato significa, em outras palavras, que apenas 14 mulheres, das 39 estudadas com atividade sexual, obtêm orgasmos em mais da metade de suas relações, dados que podem estar associados ao baixo desejo, ao fato de algumas delas perderem urina no ato sexual ou mesmo a fatores emocionais relacionados com o baixo poder econômico destas pacientes ou com resquícios da educação repressora, segundo a qual a mulher não tinha direito ao prazer sexual, servindo o sexo apenas para a procriação. Não se deve esquecer, ao analisar estes dados, que 56,40% de nossas pacientes têm idade superior a 50 anos. Esse número elevado, que representa provavelmente grande percentagem de mulheres no período perimenopausa, e com provável diminuição do nível de estrógeno circulante, poderia ser a explicação também para os baixos níveis de desejo e orgasmo. No entanto, outros dois itens comumente relacionados com os baixos níveis hormonais – a dor e a lubrificação – apresentaram percentagens elevadas para a pontuação satisfatória (58,97% e 66,67% respectivamente).

Em nosso meio, APROBATO (1985), nos Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, procurou relacionar fatores sociais, econômicos e biológicos com desempenho sexual (libido), concluindo que as variações da libido feminina foram pobremente explicadas pelas variáveis estudadas. Esse autor não conseguiu estabelecer relação entre a frequência do coito e a libido feminina. O orgasmo foi a variável que, isoladamente, mais se correlacionou

com a libido feminina e a parceira fixa (estabilidade conjugal) teve associação negativa em relação à libido, concluindo o autor que a libido feminina é influenciada por múltiplos fatores e de avaliação extremamente complexa.

BROCK *et al.* (2003) estudaram 27.500 homens e mulheres em 30 países, verificando que a proporção de homens e mulheres sexualmente ativos é similar nos subgrupos mais jovens, porém, naqueles com idade entre 70 e 80 anos, duas vezes mais homens permanecem sexualmente ativos do que as mulheres. A perda do interesse sexual é também quase duas vezes mais freqüente no sexo feminino. 19% das mulheres e 11% dos homens referiram que não obtêm prazer sexual.

Apesar dos dados apresentados, não podem ser tiradas conclusões definitivas, em razão do baixo número de mulheres na amostra. Por isso, novos trabalhos, buscando a origem dos dados obtidos, deverão ser realizados.

#### **6.4 Perdas Urinárias**

Apesar da elevada incidência de incontinência urinária aos esforços e da disfunção sexual no sexo feminino, poucos são os trabalhos na literatura que procuram avaliar o impacto das perdas urinárias na vida sexual dessas mulheres.

SUTHERST; BROWN (1980) avaliaram a vida conjugal e hábitos sexuais de 208 pacientes em clínica de incontinência urinária, observando que 43% delas afirmaram que a alteração urinária afetou negativamente suas relações sexuais. Segundo esses mesmos autores, mulheres com instabilidade vesical têm incidência significativamente maior de disfunção sexual que mulheres com incontinência urinária genuína aos esforços.

IOSIF (1988) encontrou, em seu estudo, 20% das mulheres com diminuição de freqüência da atividade sexual e 5% com inatividade sexual completa em decorrência das perdas urinárias durante o coito, ou durante a noite.

HAASE; SKIBSTED (1988), em estudo prospectivo, relataram que 35% de suas pacientes tinham diminuição da libido em comparação ao período anterior à incontinência urinária. Do total, 11 atribuíam a alteração ao descenso vaginal ou à perda urinária durante o ato sexual, e três, apenas, ao medo de ocorrer essa perda. Vinte e três (42%) queixaram-se de dispareunia.

Neste trabalho, 23 mulheres (59%) apresentavam perdas urinárias no ato sexual e, destas, 20 (86,96%) acusavam perdas em pelo menos metade de suas relações, sendo que 13 (56,72%) tinham perdas

urinárias em todas. Esse fato, apesar de não ter sido questionado objetivamente, deve ser considerado fator preponderante para uma vida sexual insatisfatória. A insegurança causada pela perda urinária durante as atividades diárias traz descontentamento e o não-cumprimento de certas atividades, com intenção de evitar a perda. O que dizer da perda urinária durante a relação sexual? Ela é, sem dúvida, fator que deve ser levado em consideração nos baixos índices de desejo, orgasmo e satisfação verificados em pacientes no pré-operatório. Por isso, ao tratar pacientes com incontinência urinária, não devemos esquecer o impacto negativo que essa perda traz à vida sexual feminina. É conveniente, então, argüir objetivamente pacientes sobre perdas urinárias durante o ato sexual, bem como tentar avaliar seu impacto.

CLARK; ROMM (1993) avaliaram os efeitos da incontinência urinária na função sexual por meio de questionário, encontrando 56% de pacientes que já experimentaram perdas urinárias durante a atividade sexual. Esses índices podem chegar a 66% quando as pacientes são indagadas sobre incontinência, urgência ou freqüência urinária durante o relacionamento. Esses dados, bastante semelhantes aos obtidos neste trabalho, demonstram o impacto negativo que a incontinência urinária pode ter na qualidade de vida das pacientes com incontinência urinária aos esforços.

## 6.5 Avaliação Pós-Operatória

A análise da disfunção sexual feminina vem-se limitando à avaliação de aspectos psicológicos, tendo como fator complicador a ausência de dados objetivos para sua avaliação.

Apesar da alta incidência da disfunção sexual feminina e da incontinência urinária aos esforços, poucos são os trabalhos que procuram correlacionar ambas as doenças. Considerando os achados de HILLIGES *et al.* em 1995, de que as porções mais distais da vagina têm mais componentes nervosos do que as proximais, e que estes achados são semelhantes em relação à parede anterior e posterior, e que as áreas comumente incisadas para procedimentos de tratamento das perdas urinárias aos esforços são ricamente inervadas, deve-se ressaltar que o estudo da função sexual após a realização destes procedimentos é imperativo, no intuito de avaliar seu efeito sobre a função sexual feminina.

WEBER *et al.* (1995), depois de estudarem a incontinência urinária em 80 mulheres com prolapso genital associado ou não, por intermédio de questionário, comparando-as com 30 mulheres continentas, concluíram que o aumento do prolapso interfere na atividade sexual, embora não influencie a frequência do ato ou a descrição de satisfação com o relacionamento sexual. Medidas de função sexual em mulheres com prolapso e incontinência urinária não diferem das sem prolapso, sendo que a idade é o mais importante fator preditivo da função sexual.

Isoladamente os quesitos mantiveram, na maior parte das pacientes, pontuação igual, ou seja, na avaliação do desejo, excitação,

lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, a pontuação pré-operatória e pós-operatória permaneceu inalterada em 63,16%, 65,79%, 60,52%, 63,16%, 65,79% e 63,16% respectivamente. Já na totalização das variáveis, em virtude de esta ser a soma de pontos de vários quesitos, 52,63% das pacientes apresentaram aumento na sua pontuação pós-operatória e 31,58% das pacientes acusaram diminuição. Com relação à variável perdas urinárias, 20 (52,63%) mulheres apresentaram elevação de sua pontuação, enquanto 18 (47,37%) mantiveram o número de pontos. Cabe aqui lembrar que 16 delas já haviam atingido a pontuação máxima, isto é, não registravam perdas urinárias no ato sexual.

Na média das pontuações antes e depois do procedimento cirúrgico realizado, observou-se ligeiro aumento nos domínios desejo e dor, na totalização da pontuação, e aumento acentuado do item perdas urinárias no ato sexual, enquanto nas variáveis excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação ocorreu ligeira redução. Ao aplicarmos o teste estatístico, porém, em nenhuma delas foi observado nível de significância, exceto para a variável perda urinária no ato sexual, que aumentou de 3,34 para 4,82, muito próximo da pontuação máxima desta variável, que era de 5. Esse resultado já era esperado, visto que o tratamento “padrão ouro”, nos dias de hoje, para incontinência urinária de esforço, é a cirurgia realizada. BARACAT (2000) obteve índice de cura de 90% em pacientes com incontinência urinária esfinteriana, valor próximo ao obtido quando analisamos a incontinência urinária do ponto vista sexual, uma vez que, das 23 pacientes com



perdas urinárias durante o ato sexual, apenas duas (9,30%) permaneceram com perdas, mesmo assim, de pequena monta.

Alguns trabalhos na literatura procuram correlacionar procedimentos cirúrgicos vaginais e atividade sexual, não existindo uniformidade nos resultados. GIVEN *et. al.* (1993) concluíram que o comprimento vaginal não é fator preponderante na satisfação sexual pós-operatória de suas pacientes submetidas a tratamento para prolapso uterovaginal completo. HOLLEY *et al.* (1996), em pacientes que se submeteram à cirurgia de reconstrução vaginal e fixação ao ligamento sacroespinal por uma variedade de defeitos pélvicos, descreveram o estreitamento vaginal que produzia dor impeditiva de concluir o ato sexual como complicação freqüente.

KAHN; STANTON (1997) identificaram piora na função sexual em mulheres que se submeteram a colpografia posterior, não conseguindo, porém, fundamentar seus resultados.

Outros trabalhos procuram relacionar a histerectomia com a função sexual, não existindo também uniformidade de resultados. Alguns autores, como RHODES (1999), obtiveram melhora na função sexual de suas pacientes. Outros, como JEWETT (1952) e HANSON (1993), baseados no fato de que a inervação uterina é muito semelhante à da bexiga e da vagina, afirmaram que dissecções nessa área poderiam representar impacto negativo para a saúde sexual feminina.

A diversidade de resultados provavelmente decorre da não-padronização dos estudos, visto que, apenas em 1998, a “American

Foundation of Urologic Disease” (AFUD) definiu e classificou a disfunção sexual feminina.

A análise da literatura em relação ao tratamento de incontinência urinária de esforço e da vida sexual das pacientes após o procedimento cirúrgico, apesar do baixo número de trabalhos publicados, evidencia maior uniformidade de resultados. IOSIF (1988), HAASE, SKIBSTED (1998) comprovaram melhora na atividade sexual e creditaram o resultado à maior satisfação da auto-estima de suas pacientes.

Recentemente, encontramos dois trabalhos que relacionam a cirurgia de suporte suburetral com a função sexual no pós-operatório. WALSH *et al.* (2002) identificaram melhora na função sexual de suas pacientes, afirmando que a solução da incontinência no intercurso está fortemente relacionada com a melhora da atividade sexual. MAAITA *et al.* (2002), em estudo semelhante, concluíram que essa cirurgia não afetará negativamente a vida sexual das pacientes. Os resultados desse estudo são superponíveis aos trabalhos acima quando analisamos a avaliação objetiva feita pelas pacientes um ano após a realização do procedimento cirúrgico: 21,05% das pacientes revalaram ter a correção da incontinência urinária levado a uma melhora em sua atividade sexual e 68,42% não notaram diferença, enquanto apenas 10,53% referiram piora da atividade sexual após a realização do procedimento cirúrgico. Associamos a piora nessas pacientes ao fato de elas apresentarem complicações do ato operatório com urgência miccional ou erosão da cinta de polipropileno.

A relação entre disfunção sexual feminina e incontinência urinária atinge tamanha proporção no dias de hoje que ROGERS *et. al.* (2001) propõem que mulheres com incontinência urinária ou prolapso de órgãos pélvicos se comportem diferentemente de outras populações previamente estudadas do ponto de vista sexual. Assim, resultados obtidos que, eventualmente, seriam atribuídos a uma série de fatores, como a idade, por exemplo, podem estar relacionados com a incontinência urinária ou o prolapso genital. Os autores chegaram a propor questionário específico para avaliar o impacto do tratamento dessas doenças.

Apesar da preocupação constante, de a possibilidade de interferir na sensibilidade vaginal, em decorrência de o principal sítio de inervação ser o local incisado no procedimento cirúrgico para o tratamento de incontinência urinária pela técnica de suporte suburetral, a melhora da auto-estima das pacientes, produzida pela ausência de perdas urinárias no ato sexual, justifica os resultados, mesmo que a melhora obtida nas pacientes estudadas não tenha sido significativa. Por outro lado, a piora encontrada na função sexual das pacientes, quando existiu, relacionou-se com complicações do procedimento realizado, como manutenção da perda urinária, retenção urinária prolongada, urgência miccional, etc. O procedimento de suporte suburetral para o tratamento de incontinência aos esforços é seguro, não piorando a atividade sexual das pacientes, porém novos trabalhos deverão ser realizados, se possível, com medidas objetivas da função sexual, com o intuito de confirmar os resultados obtidos.

## **6.6 Avaliação Quanto ao Tipo de Suporte Suburetral**

Procurando constatar se o tipo de suporte suburetral, autólogo ou sintético, exerceria influência na atividade sexual, foram comparados os diversos domínios avaliados das pacientes com atividade sexual em relação ao tipo de suporte utilizado, entre os momentos pré e pós-operatório em cada subamostra e a interação ou não entre o momento e o tipo de suporte utilizado nas pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa na pontuação das amostras pré-operatórias segundo os tipos de suportes, nem em relação à pontuação nos momentos pré e pós-operatórios para todos os domínios. Não se observou também interação entre o tipo de cirurgia e os momentos pré e pós-operatórios, exceto para o domínio perda urinária. Neste quesito, não houve igualmente diferença de significância na pontuação obtida pelas pacientes no pré-operatório segundo o tipo de suporte que seria utilizado, mas encontrou-se diferença estatisticamente significativa nos resultados obtidos no pré e pós-operatório, conforme anteriormente demonstrado. A avaliação da pontuação por tipo de cirurgia mostra que a variação obtida no pré e pós-operatório quando o suporte suburetral é autólogo de fásia do reto abdominal é significativa, o mesmo não ocorrendo quando o suporte é sintético. Por causa do baixo número de pacientes neste subamostra, porém não se deve concluir que o suporte autólogo é superior ao sintético, para acabar com as perdas urinárias durante o ato sexual de nossas pacientes.

Não se localizou na literatura nenhum trabalho que procure correlacionar o tipo de suporte suburetral e a função sexual feminina. Apesar do

baixo número de mulheres na amostra de pacientes tratadas com suporte sintético, parece que o tipo de suporte utilizado não exerce influência nos resultados obtidos em relação à diminuição da perda urinária durante o ato sexual nem na função sexual feminina. A opção pela utilização de suporte autólogo, com uma dissecação mais extensa da parede vaginal anterior em sua porção distal – na qual os componentes nervosos são mais freqüentes (HILLIGES, 1995) e, portanto, mais passíveis de lesão, com conseqüente diminuição da alteração da sensibilidade local –, poderia traduzir-se em disfunção sexual feminina. WALSH *et al.* (2002), estudando pacientes que se submeteram a tratamento de incontinência urinária pela técnica de suporte suburetral com fâscia cadavérica, verificaram que 20% de suas pacientes mencionavam diminuição na sensação vaginal no quarto mês pós-operatório, índice reduzido para 5% depois de um ano do tratamento cirúrgico.

RAINA *et al.* (2003) analisaram 27 mulheres portadoras de carcinoma de células transicionais de bexiga tratadas por cistectomia radical e avaliaram não só o impacto da cirurgia na vida sexual dessas mulheres, mas também se o tipo de reservatório utilizado interferia no resultado. Os autores comprovaram redução significativa na pontuação após a cirurgia, sendo que apenas 48% delas continuavam tendo penetração vaginal satisfatória e 56% referiam diminuição na satisfação de sua vida sexual, 30% delas atribuíam esse decréscimo à apreensão pelo diagnóstico de câncer e de seu tratamento. Por outro lado, nenhuma diferença na função sexual foi identificada entre as pacientes submetidas a neobexiga ortotópica e/ou derivação cutânea continente (Indiana Patch).

Este trabalho deverá ser aprofundado para a obtenção de avaliações objetivas da função sexual feminina, talvez com a quantificação de terminações nervosas livres na parede vaginal anterior no pré e pós-operatório. Será uma forma de avaliar se a cirurgia de suporte suburetral pode trazer prejuízo à função sexual feminina, tentando identificar quais as pacientes que podem apresentar piora desta função no pós-operatório, bem como se o tipo de suporte suburetral utilizado interfere no resultado obtido.

## 7. *Conclusões*

A análise dos resultados da função sexual de mulheres com incontinência urinária aos esforços submetidas a tratamento cirúrgico pela técnica de suporte suburetral permite chegar às seguintes conclusões:

- a. A faixa etária exerce influência na atividade sexual.
- b. A perda urinária na atividade sexual é freqüente em pacientes com incontinência urinária aos esforços, tendo impacto negativo na sua qualidade.
- c. A cirurgia apresentou índices de cura acima de 90% para as perdas urinárias durante o ato sexual e não prejudicou a atividade sexual das pacientes.
- d. A melhora da função sexual, quando ocorreu, foi subjetivamente relacionada com o aumento do desejo sexual, e não decorrente da redução das perdas urinárias durante o relacionamento sexual após tratamento cirúrgico.
- e. O tipo de suporte utilizado (autólogo ou sintético) não exerce influência nos resultados obtidos.
- f. As pacientes que se curaram da incontinência urinária aos esforços não apresentaram melhora em relação à função sexual.



## 8. *Anexos*

**ANEXO A**  
**PONTUAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA**

	<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>DESEJO</b>	<b>EXCITAÇÃO</b>	<b>LUBRIFICAÇÃO</b>	<b>ORGASMO</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>DOR</b>	<b>PERDA</b>	<b>CIRURGIA</b>
1	JSO	58	34	3	6	5	3	3	10	4	SLING
2	MLTS	57	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
3	AFR	70	4	4	0	0	0	0	0	0	SLING
4	MBF	60	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
5	MAN	49	89	9	20	20	15	9	15	1	SLING
6	LJAL	67	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
7	ECP	51	61	6	10	12	8	9	13	3	SLING
8	DOS	41	65	5	16	12	8	6	15	3	SLING
9	AMV	65	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
10	ENS	53	51	6	7	12	4	6	15	1	SLING
11	EY	51	59	5	12	12	11	9	7	3	SLING
12	LLA	57	79	7	12	20	12	12	15	1	SLING
13	OCS	35	55	5	13	4	13	16	3	1	TVT
14	JSR	50	9	9	0	0	0	0	0	0	SLING
15	CAS	47	64	4	14	20	4	16	5	1	SLING
16	MOP	43	61	10	19	10	3	3	15	1	SLING
17	MAS	39	61	7	15	20	3	6	5	5	SLING
18	JMC	44	59	7	13	18	6	9	5	1	SLING
19	MIAS	47	74	6	14	20	13	9	9	3	TVT
20	BS	46	2	2	0	0	0	0	0	0	TVT
21	RMFB	37	74	5	15	14	9	11	15	5	TVT
22	AMDF	46	88	5	16	17	15	15	15	5	TVT
23	MBGDSA	53	72	6	12	12	13	10	14	5	SLING
24	EFS	60	43	2	8	8	6	3	15	1	SLING
25	MSK	56	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING

Continua

Continuação

	NOME	IDADE	TOTAL	DESEJO	EXCITAÇÃO	LUBRIFICAÇÃO	ORGASMO	SATISFAÇÃO	DOR	PERDA	CIRURGIA
26	NTS	82	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
27	EOS	48	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
28	GTS	53	73	6	13	15	15	12	7	5	SLING
29	EDC	41	84	10	20	20	15	15	3	1	SLING
30	OF	62	3	3	0	0	0	0	0	0	TVT
31	GMP	54	65	3	15	20	6	9	10	2	TVT
32	TDM	42	81	7	19	16	9	10	15	5	SLING
33	EOS	57	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
34	APC	64	76	6	12	20	15	6	15	2	SLING
35	MRS	33	48	5	12	4	9	7	6	5	SLING
36	MRC	60	54	4	12	12	6	11	4	5	TVT
37	MSAR	62	52	4	10	15	5	6	7	5	SLING
38	VSN	51	9	9	0	0	0	0	0	0	SLING
39	MNG	77	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
40	JZ	84	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
41	GCS	49	68	5	14	16	5	8	15	5	SLING
42	LAMV	69	67	4	15	8	10	15	10	5	SLING
43	FAR	51	81	4	15	18	12	15	12	5	SLING
44	EL	73	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
45	TM	56	68	6	17	12	8	7	15	3	SLING
46	TDM	47	5	5	0	0	0	0	0	0	SLING
47	MC	44	71	4	12	12	9	15	15	4	SLING
48	MHM	58	53	6	12	12	6	3	9	5	SLING
49	SFSO	42	87	9	18	20	10	14	15	1	SLING
50	GLS	67	84	8	16	16	12	12	15	5	SLING
51	MLC	44	83	8	20	20	9	15	10	1	FÁSCIA ALATA
52	TAC	62	3	1	2	0	0	0	0	0	SLING
53	OMSS	77	67	6	12	12	9	9	14	5	SLING
54	JRS	54	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
55	ANOS	64	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING

Continua

Continuação

	<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>DESEJO</b>	<b>EXCITAÇÃO</b>	<b>LUBRIFICAÇÃO</b>	<b>ORGASMO</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>DOR</b>	<b>PERDA</b>	<b>CIRURGIA</b>
<b>56</b>	MISP	67	61	4	12	14	3	12	15	1	SLING
<b>57</b>	JGP	64	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
<b>58</b>	HG	61	55	4	8	15	3	9	15	1	SLING
<b>59</b>	MCP	43	2	2	0	0	0	0	0	0	TVT
<b>60</b>	MCP	61	6	6	0	0	0	0	0	0	SLING
<b>61</b>	ASS	48	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
<b>62</b>	MGDC	80	62	6	12	14	8	8	9	5	TVT
<b>63</b>	PLS	86	2	2	0	0	0	0	0	0	SLING
<b>64</b>	CIS	65	72	6	12	20	6	9	15	4	SLING

**ANEXO B**  
**PONTUAÇÃO PÓS-CIRÚRGICA**

	<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>DESEJO</b>	<b>EXCITAÇÃO</b>	<b>LUBRIFICAÇÃO</b>	<b>ORGASMO</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>DOR</b>	<b>PERDA</b>
<b>1</b>	JSO	58	34	3	6	5	3	3	10	4
<b>5</b>	MAN	49	93	9	20	20	15	9	15	5
<b>7</b>	ECP	51	59	6	10	8	8	9	13	5
<b>8</b>	DOS	41	42	6	8	12	3	3	5	5
<b>10</b>	ENS	53	57	8	7	12	4	6	15	5
<b>11</b>	EY	51	61	5	12	12	11	9	7	5
<b>12</b>	LLA	57	99	9	20	20	15	15	15	5
<b>13</b>	OCS	35	88	10	20	20	9	9	15	5
<b>15</b>	CAS	47	74	6	15	20	4	16	8	5
<b>16</b>	MOP	43	94	10	20	14	15	15	15	5
<b>17</b>	MAS	39	83	10	20	20	6	7	15	5
<b>18</b>	JMC	44	69	7	13	18	8	9	10	4
<b>19</b>	MIAS	47	76	6	14	20	13	9	9	5
<b>21</b>	RMFB	37	74	5	15	14	9	11	15	5
<b>22</b>	AMDF	46	86	5	16	17	15	15	13	5
<b>23</b>	MBGDSA	53	80	16	12	15	12	9	11	5
<b>28</b>	GTS	53	73	6	13	15	15	12	7	5
<b>29</b>	EDC	41	50	10	8	12	3	3	9	5
<b>31</b>	GMP	54	69	4	15	20	6	9	10	5
<b>32</b>	TDM	42	81	7	19	16	9	10	15	5
<b>34</b>	APC	64	65	6	12	20	15	2	5	5
<b>35</b>	MRS	33	52	8	16	3	9	5	6	5

Continua

Continuação

	<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>DESEJO</b>	<b>EXCITAÇÃO</b>	<b>LUBRIFICAÇÃO</b>	<b>ORGASMO</b>	<b>SATISFAÇÃO</b>	<b>DOR</b>	<b>PERDA</b>
<b>36</b>	MRC	60	45	4	8	8	6	11	3	5
<b>37</b>	MSAR	62	55	4	10	14	6	8	8	5
<b>41</b>	GCS	49	68	5	14	16	5	8	15	5
<b>42</b>	LAMV	69	66	4	15	7	10	15	10	5
<b>43</b>	FAR	51	81	4	15	18	12	15	12	5
<b>45</b>	TM	56	70	6	17	12	8	7	15	5
<b>47</b>	MC	44	75	5	16	10	10	15	15	4
<b>48</b>	MHM	58	34	4	8	8	3	3	3	5
<b>49</b>	SFSO	42	91	9	18	20	10	14	15	5
<b>50</b>	GLS	67	50	2	8	8	6	6	15	5
<b>51</b>	MLC	44	87	8	20	20	9	15	10	5
<b>53</b>	OMSS	77	63	4	12	12	8	8	14	5
<b>56</b>	MISP	67	65	4	12	14	3	12	15	5
<b>58</b>	HG	61	59	4	8	15	3	9	15	5
<b>62</b>	MGDC	80	60	6	12	13	8	8	8	5
<b>64</b>	CIS	65	68	4	12	17	6	9	15	5

## *9. Referências Bibliográficas*

ABDO, C.H.N.; OLIVEIRA Jr., W.M.; MOREIRA, E.D.; FITTIPALDI, J.A.S.

Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Rev. Braz. Med.**, v. 59(4), p. 250-7, 2002.

APROBATO, M. Woman's sexual inadequacy. The relationship between social, economic and biological factors. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 7(1), p.13-5, 1985.

BARACAT, F. **Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de**

**esforço pela técnica de "sling" aponeurótico.** São Paulo, 2000.

106p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BASKIN, L.S.; EROL, A; LI, Y.W.; LIU, W.H.; KURZROCK, E.; CUNHA, G.R.

Anatomical studies of the human clitoris. **J. Urol.**, v. 162, p. 1015-20, 1999.



BERMAN, J.R.; BERMAN, L.A.; GOLDSTEIN I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. **Urology**, v. 54, p. 385-91, 1999a.

BERMAN, J.R.; WERBIN, T.J.; GOLDSTEIN I. Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. **Curr. Opin. Urol.**, v. 9(6), p. 563-8, 1999b.

BERMAN, J.R.; BERMAN, L.A.; LIN, H.; MARLEY, C.; GOLDSTEIN, I. Female sexual dysfunction: new perspectives on anatomy, physiology, evaluation, and treatment. **AUA Updates Series**, v. 34, lexis, p. 265-72, 2000.

BERMAN, J.R.; BERMAN, L.A. **For women only**. New York, Henry Holt and Company, LLC, 2001. 246p.

BERMAN, J.R.; GODSTEIN, I. Female sexual dysfunction. **Urol. Clint. North Am.**, v. 28(2), p. 405-16, 2001.

BERMAN, J.R.; BERMAN, L.A. **Female sexual function and dysfunction**. In: 97<sup>th</sup> Annual Meeting, Orlando, EUA, 2002. p.1-17. [Apostila]

BROCK, G.; LAUMANN, E.; GLASSER, D.B.; NICOLOSI, A; GINGELL, C.; KING, R. Prevalence of sexual dysfunction among mature men and women in USA, Canada, Australia and New Zealand. In: 98<sup>th</sup> Annual Meeting, Chicago, EUA, 2003. **J. Urol.**, v. 169(4), Supplement, p. 315, 2003.

CLARK, A.; ROMM, J. Effect of urinary incontinence on sexual activity in women. **J. Reprod. Med.**, v. 38(9), p. 679-83, 1993.

DIOKONO, A.C.; BROWN, M.B.; HERZOG, A.R. Sexual function in the elderly. **Arch. Intern. Med.**, v. 150(1), p. 197-200, 1990.

DIOKONO, A. C. Epidemiologist and psychosocial aspects of incontinence. **Urol. Clin. North Am.**, v. 22(3), p. 481-5, 1995.

GIVEN Jr., F.T.; MUHLENDORF, I.K.; BROWNING, G.M. Vaginal length and sexual function after colpexy for complete uterovaginal eversion. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 169, p. 284-8, 1993.

HAASE, P.; SKIBSTED, L. Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 67, p.659-61, 1988.

HASSON, H.M. Cervical removal at hysterectomy for benign disease: risks and benefits. **J. Reprod. Med.**, v. 38, p. 781-90, 1993.

HILLIGES, M.; FALCONER, C.; ELMAN-ORDEBERG, G.; JOHANSSON, O.

Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9,5 immunohistochemistry. **Acta Anat.**, v. 153, p. 119-26, 1995.

HOLLEY, R.L.; VARNER, R.E.; GLEASON, B.P.; APFFEL, L.A.; SCOTT, S.

Sexual function after sacrospinous ligament fixation for vaginal vault prolapse. **J. Reprod. Med.**, v. 41(5), p. 355-8, 1996.

HOLLOWAY, F.B.; McINTIRE, L.L.; FARAH, R.N. Female sexual

dysfunction: an epidemiologic study. In: 98<sup>th</sup> Annual Meeting, Chicago, EUA, 2003. **J. Urol.**, v. 169(4), Supplement, p. 323, 2003.

IOSIF, C.S. Sexual function after colpo-urethrocystopexy in middle-aged

women. **Urol. Int.**, v. 43, p.231-3, 1988.

JEWETT, J.F. Vaginal length and incidence of dyspareunia following total

abdominal hysterectomy. **Am. J. Obstet Gynecol.**, v. 63, p.400-7, 1952.

KAHN, M.A.; STANTON, S.L. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel

and sexual function. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, v. 104, p. 82-6, 1997.

KAPLAN, H.S. The NEW SEX Therapy: Active Treatment of Sexual

Dysfunctions. New York. Random House, 1974.

KAPLAN, H.S. **Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy: active treatment for sexual dysfunctions.**

Philadelphia, Brunner-Mazel. 1979.

LEMACK, G.E.; ZIMMERN, P.E. Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. **Urology**, v. 56(2), p. 223-7, 2000.

LOCKHART, R.D.; HAMILTON, G.F.; FYFE, F.W. **Anatomia do corpo humano.** 2.ed. São Paulo, Guanabara Koogan, 1983. 669p.

MAAITA, M.; BHAUMIK, J.; DAVIES, A.E. Sexual function after using tension-free vaginal tape for the surgical treatment of genuine stress incontinence. **Br. J. Urol. Int.**, v.90(6), p.540-3, 2002.

MÁCEA, J.R. Diafragma pélvico. **Femina**, v. 23(8), p. 695-7, 1995.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. **Human sexual response.** Boston. Little Brown, 1966.

NETTER, F.H. **Atlas de anatomia humana.** 8.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. L387-88.

O'CONNELL, H.E.; HUTSON, J.M.; ANDERSON, C.R.; PLENTER, R.J. Anatomical relationship between urethra and clitoris. **J. Urol.**, v. 159(6),

p. 1892-7, 1998.

PARK, K.; GOLDSTEIN, I.; ANDRY, C. Vasculogenic female sexual dysfunction: the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. **Int. J. Impotence Res.**, v. 9, p.27-37, 1997.

PINTO, A.C. **Associação entre história clínica e achados urodinâmicos em mulheres com incontinência urinária transuretral.** São Paulo, 1999. 86p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

RAINA, R.; AGARWAL, A; SHAH, A.D.; JONES, S.; ULCHAKER, J.; KLEIN, E.A.; ZIPPE, C.D. Female sexual dysfunction (FSD) following radical cystectomy: IFSF-10 analysis. In: 98<sup>th</sup> Annual Meeting, Chicago, EUA, 2003. **J. Urol.**, v. 169(4), Supplement, p. 335, 2003.

RAKO, S. Testosterone deficiency and supplementation for women: Matters of sexual health. **Psyc. Ann.**, v. 29(1), p.23-6, 1999.

RHODES, J.C.; KJERULFF, K.H.; LANGENBERG, P.W.; GUZINSKI, G.M. Hysterectomy and sexual functioning. **JAMA**, v. 282(20), p. 1934-41, 1999.

ROGERS, R.G.; KAMMERER-DOAK, D.; VILLARREAL, A.; COATES, K.;

QUALLS, C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 184(4), p. 552-8, 2001.

ROSEN, R.; BROWN, C.; HEIMAN, J.; LEIBLUM, S.; MESTON, C.; SHABSIGH, R.; FERGUSON, D.; D'AGOSTINO, Jr. R. 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.

SARRELL, P.M. Sexually and menopause. **Obstet. Gynecol.**, v. 75, p.26-30, 1990.

SOMMER, F., CASPERS, H.; ESDERS, K., KLOTZ, T.; ENGELMANN, U. Measurement of vaginal and minor labial oxygen tension for the evaluation of female sexual function. **J. Urol.**, v. 165, p.1181-4, 2001.

SUTHERST, J.; BROWN, M. Sexual dysfunction associated with urinary incontinence. **Urol. Int.**, v. 35(6), p. 414-6, 1980.

WALSH, I.K.; DONNELLAN, S.M.; STONE, A.R. The effect of pubovaginal sling surgery on female sexual function. In: 97<sup>th</sup> Annual Meeting, Orlando, EUA, 2002. **J. Urol.**, v. 163(4) (Supplement), p. 74, 2002.

WEBER, A.M.; WALTERS, M.D.; SCHOVER, L.R.; MITICHINSON, A.

Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. **Obstet.Gynecol.**, v. 85(4), p. 483-7, 1995.

YILMAZ, U.; SOYLU, A.; OZCAN, C.; CALISKAN, O. Clitoral electromyography. **J. Urol.**, v. 167, p. 616-20, 2002.

### **Bibliografia Consultada**

ABDO, C.H.N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2.ed. São Paulo, Lemos Editorial&Gráficos Ltda, 2001. 238p.