



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Ciências Médicas

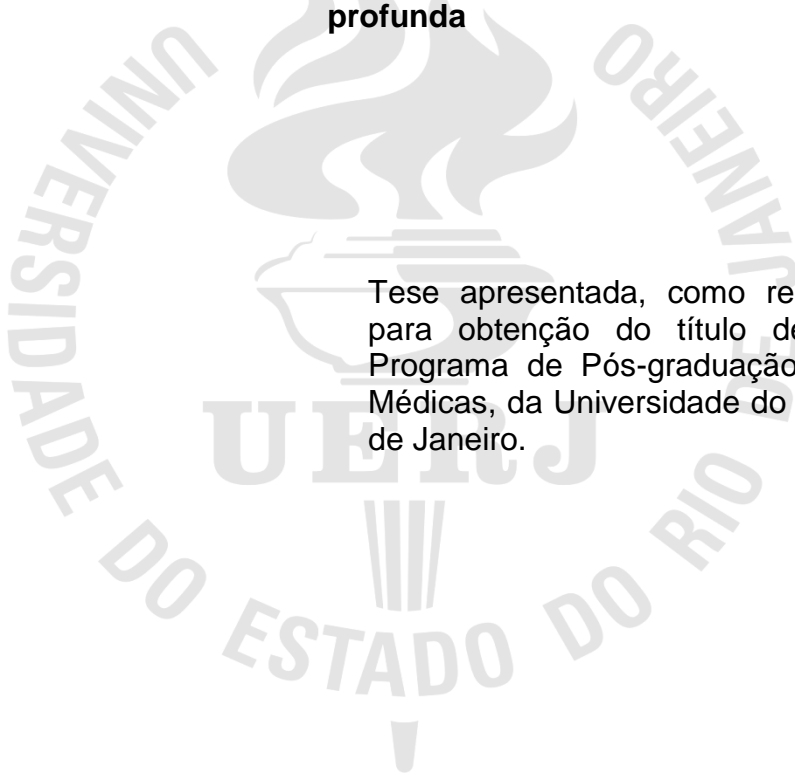
Alessandra Viviane Evangelista Demôro

**Avaliação da satisfação sexual em pacientes com endometriose
infiltrativa profunda**

Rio de Janeiro
2013

Alessandra Viviane Evangelista Demôro

Avaliação da satisfação sexual em pacientes com endometriose infiltrativa profunda



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Pinho de Oliveira

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

D386 Demôro, Alessandra Viviane Evangelista.
Avaliação da satisfação sexual em pacientes com endometriose
infiltrativa profunda / Alessandra Viviane Evangelista Demôro. – 2013.
45 f.

Orientador: Marco Aurélio Pinho de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências
Médicas.

1. Endometriose - Teses. 2. Dispareunia – Etiologia - Teses. 3.
Sexo - Teses. 4. Mulheres - Comportamento Sexual - Teses. 5.
Aparelho genital feminino - Doenças - Teses. 6. Questionários - Teses.
I. Oliveira, Marco Aurélio Pinho de. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 618.14-002:613.88-055.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alessandra Viviane Evangelista Demôro

Avaliação da satisfação sexual em pacientes com endometriose infiltrativa profunda

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 22 de janeiro de 2013.

Orientador:

Prof. Dr. Marco Aurélio Pinho de Oliveira
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Mary Rangel
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Carlos Romualdo Barbosa Gama
Centro Universitário Serra dos Órgãos

Prof. Dr. José Carlos Jesus Conceição
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

A todos os professores que tive, por terem me impulsionado a um caminho de aprendizado, leitura e dedicação ao saber. Sem o exemplo de vocês, me ensinando como é gratificante aprender o caminho seria árduo e difícil. A minha filha Isabela, que ela possa ter em mim um exemplo de garra e vontade de vencer. Que você seja, assim como eu, feliz com suas escolhas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter guiado meus passos e me permitido conquistar meus sonhos.

Agradeço a meus pais, Marco e Célia, por terem me dado a base, o apoio, os princípios e por terem me ensinado o caminho correto a seguir.

Agradeço ao meu irmão, Rodrigo, por sempre estar presente tornando os momentos leves e divertidos.

Agradeço ao meu marido, Rafael, pela presença em minha vida. Ajudando nas leituras, revisões, edições desta tese e, principalmente, me permitindo ter tempo para concluir minhas atividades. Obrigada pela sua presença, seu amor e sua compreensão.

Agradeço ao meu orientador, Dr Marco Aurélio Pinho de Oliveira, um exemplo de profissionalismo. Obrigada por acreditar em mim e me dar a oportunidade de galgar os passos necessários para alcançar meu sonho: ensinar.

O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras
respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas.

Claude Lévi-Strauss

RESUMO

DEMÔRO, Alessandra Viviane Evangelista. *Avaliação da satisfação sexual em pacientes com endometriose infiltrativa profunda*. 2013. 45 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A endometriose é uma doença benigna que causa dor e infertilidade. As disfunções sexuais são frequentes, especialmente a dispareunia de profundidade, interferindo na qualidade de vida e particularmente na vida conjugal dessas pacientes. O objetivo deste trabalho foi avaliar a satisfação sexual de pacientes com endometriose infiltrativa profunda. Foram analisadas cinquenta e sete pacientes com diagnóstico de endometriose infiltrativa profunda acompanhadas no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) de julho de 2010 a dezembro de 2011. O grupo controle incluiu 38 pacientes saudáveis do ambulatório de planejamento familiar do HUPE. Foi aplicado o Female Sexual Function Index (FSFI), questionário validado para avaliação funcional da atividade sexual. Em relação ao resultados não houve diferença estatisticamente significativa no escore total do FSFI entre os dois grupos. No domínio dor, as pacientes com endometriose apresentaram escores significativamente menores, ou seja, maior intensidade de dor, do que o grupo controle. O resultado deste estudo sugere que as pacientes com endometriose apresentam um comprometimento do domínio dor, sem prejuízo potencial da função sexual global.

Palavras-chave: Endometriose. Satisfação sexual. Dor pélvica. Dispareunia. FSFI.

ABSTRACT

DEMÔRO, Alessandra Viviane Evangelista. *Sexual function in patients with Deep Infiltrating Endometriosis*. 2013. 45 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Endometriosis is a benign condition that causes pain and infertility. Sexual dysfunction, particularly deep dyspareunia, is common in patients with endometriosis, and interferes with quality of life and sexual satisfaction. The aim of this study is to assess sexual satisfaction in women with deep infiltrating endometriosis. Fifty-seven women diagnosed with deep infiltrating endometriosis were selected from the endometriosis sector of the Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) between July 2010 and December 2011. The control group was consisted of 38 healthy women selected at the HUPE family planning clinic. Full-scale and individual domain scores on the Female Sexual Function Index (FSFI), a validated questionnaire for functional assessment of sexual activity in women was used. There were no statistically significant between-group differences in overall (full-scale) FSFI scores. Patients with endometriosis scored significantly lower than controls in the Pain domain, which means, more pain than control group . These findings suggest that women with endometriosis had a more negative impact in the Pain domain of the FSFI, but with no effect on overall sexual function.

Keywords: Endometriosis. Sexual satisfaction. Pelvic pain. Dyspareunia. FSFI.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características demográficas dos grupos do estudo.....	25
Tabela 2 –	Escores de escala analógico visual (VAS) de ambos os grupos..	26
Tabela 3 –	Escores de cada domínio individual e do escore total do FSFI em ambos os grupos.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de ética e pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
DSFI	Sexual Satisfaction Subscale of the Derogatis Sexual Functioning Inventory
EIP	Endometriose Infiltrativa Profunda
FSFI	Female Sexual Function Index
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
“R”	R Foundation for Statistical Computing
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
USG	Ultrassonografia
VAS	Escala analógico-visual

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	JUSTIFICATIVA	17
2	OBJETIVO	19
3	METODOLOGIA	20
3.1	Pacientes	20
3.2	Crítérios de inclusao	21
3.3	Crítérios de exclusão (para casos e controles)	22
3.4	Aferição do índice sexual	22
3.5	Métodos estatísticos	23
3.5.1	<u>Estratégias de análise</u>	23
3.5.1.1	Confiabilidade.....	23
3.5.1.2	Análise estatísticas do estudo principal.....	23
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSSÃO	27
	CONCLUSÕES	32
	REFERÊNCIAS	33
	APÊNDICE - Consentimento informado.....	36
	ANEXO - Questionário FSFI(Female Sexual Function Index).....	38

INTRODUÇÃO

Função sexual feminina

A resposta sexual feminina "normal" foi descrita como uma sequência linear de eventos fisiológicos que envolve quatro estágios incluindo excitação, platô, orgasmo e resolução. Essa descrição foi feita em 1966, por Masters e Johnson, que não faziam diferença entre a resposta de homens e mulheres. Porém a resposta sexual feminina é claramente mais complexa e envolve fatores psicológicos, emocionais e sociais, além de eventos psicológicos adicionais.¹

Em 1979, Kaplan modificou a hipótese de quatro fases da resposta sexual e dividiu a fase de excitação em desejo e excitação, eliminando o platô. A excitação sexual é uma fase com sentimentos específicos e alterações fisiológicas, comumente associados à atividade sexual que envolva os órgãos genitais.²

Basson e colaboradores propuseram um modelo de cinco fases focada na intimidade.³ A intimidade e o desejo são essenciais para que as mulheres possam iniciar a atividade sexual. Uma vez que a intimidade e os estímulos sexuais façam a mulher despertar emocionalmente, a excitação e o desejo sexual ocorrem e culminam com a satisfação física e emocional.

Basson propôs também que mulheres com relacionamentos estáveis praticam sexo, não por desejo sexual, mas por vontade de intimidade com seu parceiro. Em sua teoria, a resposta sexual é circular e a intimidade emocional motiva a mulher sexualmente neutra, levando a um estímulo sexual e posteriormente à excitação. A excitação e o desejo sexual levam a satisfação emocional e física, que novamente leva a intimidade emocional fechando um ciclo. Entre o estímulo sexual e a excitação, estão presentes fatores biológicos e psicológicos que podem governar a excitabilidade.⁴

Durante a excitação sexual ocorre uma vasocongestão nos órgãos sexuais em virtude do aumento do fluxo sanguíneo para essas regiões. A lubrificação vaginal ocorre devido a transudação vaginal e também secreções provenientes do útero, vestíbulo e glândulas de Bartholin. A vagina se alonga e se dilata devido ao relaxamento da musculatura lisa. Além disso ocorre aumento do fluxo de sangue

para o clitóris resultando em aumento e tumescência dele, além de protusão de sua glândula. Ocorre também a eversão e o ingurgitamento dos pequenos lábios. Durante o orgasmo ocorrem contrações rítmicas na vagina, útero e ânus. Todas essas modificações anatômicas ocorrem devido a mudanças fisiológicas que vão depender da mulher alcançar de modo adequado cada uma de todas as fases da resposta sexual.

Tiefer propôs que a mulher possui uma resposta sexual diferente da masculina por ter um componente subjetivo relacionado ao estímulo sexual. Embora a função sexual seja muito estudada, é difícil avaliá-la através de instrumentos objetivos e diretos, visto que existe um componente subjetivo que será negligenciado nesta forma de avaliação. Assim a resposta sexual feminina embora possa ser avaliada através de instrumentos objetivos que estudam as mudanças anatômicas que ocorrem, não teria seu componente comportamental avaliado.⁵

Estima-se que 30% das brasileiras possuam algum grau de dificuldade sexual.⁶ As desordens sexuais são divididas em quatro grupos maiores: desejo, excitação, orgasmo e desordens relacionadas a dor. A desordem de hipodesejo sexual caracteriza-se por uma deficiência persistente e recorrente de fantasias sexuais, e/ou desejo por sexo, ou receptividade a atividade sexual que cause angústia à mulher. É o problema sexual feminino mais comum e está ligado a fatores emocionais, psicológicos, problemas fisiológicos como deficiência hormonal, uso de medicamentos, intervenções cirúrgicas e também experiências sexuais traumáticas e negativas. A desordem de aversão sexual é um subtipo de hipodesejo sexual que está relacionado a um abuso físico ou sexual ou outro trauma de infância. O transtorno de excitação sexual é a incapacidade persistente e recorrente em manter ou alcançar a excitação sexual, a lubrificação ou outras respostas somáticas. A desordem orgásmica caracteriza-se por dificuldade, atraso ou ausência em alcançar o orgasmo após uma estimulação sexual suficiente e excitação, que cause angústia à paciente. A dispareunia é a dor genital recorrente e persistente associada ao ato sexual. O vaginismo é o espasmo involuntário da musculatura do terço inferior da vagina que interfere na penetração vaginal. A desordem sexual de dor não coital é relacionada a dor genital persistente induzida por estímulo sexual não coital, ou seja, em situações outras que não relacionadas a penetração peniana.³

Endometriose

A endometriose é uma doença definida pela presença de tecido endometrial funcionando fora da cavidade uterina. É uma doença benigna que pode causar infertilidade e dor pélvica.⁷ Sua prevalência varia de 5% a 20% entre mulheres com dor pélvica e de 20% a 40% entre mulheres inférteis, tendo uma prevalência global de 3% a 10% em mulheres na fase reprodutiva. A idade média no diagnóstico varia de 25 a 30 anos.⁸

Em relação às formas clínicas, Donnez dividiu a endometriose pélvica em três formas distintas: a endometriose peritoneal, o endometrioma de ovário e a endometriose infiltrativa profunda, que pode acometer septo reto-vaginal, reto-sigmóide, bexiga, entre outras estruturas.⁹

As pacientes com endometriose têm como queixas principais a dor pélvica e a infertilidade. A dor pode ser relatada como dismenorréia, dispareunia, dor pélvica crônica, disquezia (dor para evacuar) menstrual ou disúria cíclica.

A dispareunia é um dos sintomas relatados na endometriose profunda, que é uma forma particular de endometriose definida pela presença de infiltração subperitoneal de implantes endometriais nos ligamentos útero-sacros, reto, septo reto-vaginal, vagina e bexiga. Estas lesões estão fortemente associadas com dor pélvica crônica, dismenorréia severa e dispareunia profunda. A dispareunia profunda é um componente frequente da endometriose associado à dor pélvica e afeta entre 60% a 80% das pacientes submetidas à cirurgia e entre 50% e 90% daquelas em uso de tratamento medicamentoso.¹⁰ Este sintoma pode estar relacionado à estimulação de fibras dolorosas pela tração de fibrose cicatricial e/ou pela pressão de nódulos endometrióticos embebidos por tecido fibrótico.¹¹

A dor é uma das maiores preocupações das mulheres com endometriose e pode afetar sua qualidade de vida de diferentes maneiras. Mais de 50% das mulheres com endometriose sofrem de dispareunia profunda durante toda sua vida sexual.¹² A dispareunia tem sido associada a uma atitude negativa em relação à sexualidade, ansiedade e abstinência do ato sexual. Segundo Laumann, mulheres com dispareunia têm uma frequência menor de relação sexual além de menor nível de desejo e excitação e menor frequência de orgasmos.¹³

O diagnóstico de endometriose profunda é feito através de exame físico, exames complementares de imagem, marcadores sorológicos e também da confirmação histopatológica dos focos retirados por cirurgia. No exame físico de pacientes portadoras de endometriose profunda podem ser percebidas fibroses ou nodulações em fundo-de-saco posterior, nos ligamentos uterossacros ou até mesmo no septo reto-vaginal e região retrocervical. Por vezes, a redução da mobilidade do útero pela fibrose ao redor deste órgão pode levar a dor referida no exame. Presença de massas anexiais ou mesmo nodulações no reto ou na bexiga também podem ser percebidas ao exame físico. A ultrassonografia (USG) é utilizada como exame inicial devido a fácil realização e baixo custo, mas não apresenta boa sensibilidade para o diagnóstico de focos peritoneais, sendo um bom método no diagnóstico de lesões ovarianas. A USG transretal auxilia no diagnóstico de nodulações retrocervicais e retais por avaliar a extensão do acometimento da parede intestinal. A ressonância nuclear magnética (RNM) auxilia no diagnóstico de lesões nodulares vesicais, de septo retovaginal, infiltrativas tanto na região retal, quanto próximo ao ureter.

As opções terapêuticas em endometriose abrangem desde o uso de pílulas anticoncepcionais até cirurgias extensas com ressecção parcial de órgãos como intestino e bexiga. A escolha do tipo de tratamento, se medicamentoso ou cirúrgico, depende de vários fatores, como: idade, sintomas relatados, grau de intensidade destes, localização dos focos, desejo da paciente, desejo de gravidez e paridade.

Possíveis impactos da endometriose na vida sexual

Lorencatto e colaboradores, em estudo realizado com mulheres brasileiras portadoras de endometriose, separou as pacientes em dois grupos (com e sem dor pélvica). Mostraram uma prevalência de depressão de 86% nas pacientes com dor pélvica contra 38% nas pacientes que não apresentavam dor.¹⁴ Paice demonstrou que pacientes com dor pélvica crônica, apresentam algum grau de disfunção sexual.¹⁵

Denny e Mann, em sua pesquisa com pacientes portadoras de endometriose e com queixa de dispareunia, demonstraram que houve uma diminuição da atividade sexual para a maioria das pacientes estudadas, com uma minoria tornando-se

sexualmente inativa. A falta de atividade sexual resultou em uma diminuição da auto-estima e um efeito negativo sobre as relações com os parceiros, embora a experiência tenha sido diferente entre as mulheres mais jovens e mais velhas. Eles concluíram que a dispareunia é um fator significativo na qualidade de vida e de relacionamentos para mulheres portadoras de endometriose.¹⁶

Avaliação sexual através de questionários

O questionário com base na satisfação sexual, o Sexual Satisfaction Subscale of the Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI), desenvolvido por Derogatis e Melisaratos em 1979, apresenta uma medida multidimensional de vários aspectos psicológicos e da função sexual. É constituído por 10 subescalas, que podem auxiliar na investigação de cada um dos itens da função sexual.¹⁷ Outro método de avaliação é o Sexual Satisfaction Subscale, composto por nove itens que refletem o nível de satisfação sexual do indivíduo.

Realizamos uma revisão da literatura nas principais bases eletrônicas de dados (Medline, Embase e Lilacs), objetivando encontrar instrumentos que avaliam função sexual nas pacientes com endometriose. Para a avaliação sexual, em alguns trabalhos, foram usadas entrevistas estruturadas e inventários que pretendem englobar todos os componentes da função sexual.

Tripoli avaliou pacientes com dor pélvica crônica com e sem endometriose, aplicando o questionário World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF). O estudo avaliou 49 pacientes com endometriose e 35 com dor pélvica crônica com outras condições ginecológicas e permitiu avaliar se a dor é um componente que interfere na qualidade de vida e na satisfação sexual.¹⁸

Para alguns autores, os instrumentos mais adequados para se avaliar a função sexual feminina, considerando-se a característica subjetiva da resposta sexual feminina seriam os questionários autoaplicados, que avaliam vários domínios no campo da sexualidade e apresentam alto grau de confiabilidade e validade. Dentre os mais estudados atualmente estão o Brief Sexual Function Index for Women e o Female Sexual Function Index (FSFI), sendo este último validado em português, com boa consistência e um dos mais usados em todo o mundo.¹⁹

Female Sexual Function Index (FSFI)

Segundo Pacagnella e colaboradores, o FSFI é um questionário desenvolvido para ser autoaplicado, e que se propõe avaliar a resposta sexual feminina nos domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor (apêndice 1).¹⁹

Para isso, são apresentadas dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida, ou seja, quanto maior a dor, menor o escore.

Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que a entrevistada não teve relação sexual nas últimas quatro semanas.

Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que tenha função de homogeneizar a influência de cada domínio no escore total (apêndice 2). Assim, para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio.

No desenvolvimento do instrumento original, os autores propuseram essa forma de homogeneizar a influência de cada domínio no escore total, baseando-se em um algoritmo computacional simples. Caso não houvesse o fator de multiplicação, os domínios participariam com pesos diferentes na composição do escore total. Com base no valor do escore total, seria possível discriminar entre as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual.

1 JUSTIFICATIVA

No Hospital Universitário Pedro Ernesto foi criado em 1997 o ambulatório de endometriose, pois a demanda de pacientes com essa doença era cada vez maior. A endometriose é uma doença frequente, que acomete mulheres na menacme e causa uma série de sintomas, como a dispareunia profunda, a dor pélvica e a infertilidade. Estima-se que a prevalência da endometriose esteja em torno de 15% da população feminina na menacme. Em mulheres com infertilidade ou dor pélvica crônica, a prevalência aumenta para 50%. Em nosso ambulatório a queixa de dispareunia é frequente, assim como o hipodesejo sexual.

As pacientes com endometriose infiltrativa profunda referem menor frequência de relação sexual, menos desejo e menor frequência de orgasmo, em virtude do sintoma álgico durante e após a relação sexual. Além disso, com o impacto gerado no âmbito da fertilidade desta mulher, faz com que mais um componente seja agregado a este problema, a frustração de não conseguir engravidar. Este acometimento gera um impacto importante na qualidade de vida destas pacientes.

Embora nos últimos anos tenha havido um incremento nos estudos referentes à sexualidade feminina, até hoje pode ser percebido que pouco se discute sobre o assunto e como devem ser tratadas suas alterações. Além disso, o aspecto sexual é muito negligenciado e pouco abordado na consulta de rotina ginecológica, a menos que a paciente se queixe de alguma alteração.

Não foi encontrado nenhum trabalho na literatura no banco de dados do PUBMED (agosto/2012), utilizando os unitermos "FSFI AND endometriosis", que avalie a função sexual das mulheres com endometriose, através deste instrumento.

O presente projeto envolve a avaliação através do Female Sexual Function Index (FSFI) da satisfação sexual das pacientes portadoras de endometriose. O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto da endometriose na qualidade sexual utilizando um questionário específico e objetivo para avaliar a função sexual feminina, por ser mais sensível a aspectos emocionais e psicossociais. Este instrumento poderá auxiliar o ginecologista na abordagem junto à paciente com endometriose, oferecendo parâmetros mais objetivos e com um maior poder de discriminação para o acompanhamento e, possivelmente, participando também no esforço da sensibilização da paciente para a adoção de tratamentos mais específicos. Assim, a

paciente se sentirá mais contemplada com uma abordagem que se aproxime de sua expectativa com relação à avaliação sexual e o desejo por resultados na qualidade de vida, podendo se motivar a mudar sua opção pré-tratamento.

2 OBJETIVO

Analisar, comparativamente, a função sexual de pacientes com e sem endometriose profunda.

3 METODOLOGIA

3.1 Pacientes

Trata-se de estudo observacional, do tipo transversal, com dados coletados prospectivamente.

Foram coletados dados das pacientes com endometriose pélvica do ambulatório de Endometriose do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no Rio de Janeiro, (grupo caso) e das mulheres do ambulatório de planejamento familiar (grupo controle) neste mesmo nosocômio. As mulheres do planejamento possuem faixa etária semelhante as pacientes do ambulatório de endometriose. Além disso, as mulheres que procuram o planejamento, por terem vários filhos, possuem menor chance de ter endometriose. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) – nº 2604-CEP/HUPE - e todas as pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

A amostra foi calculada em pelo menos 32 participantes para cada grupo, baseada no cálculo utilizando a biblioteca "pwr" do software de uso livre ("R" Foundation for Statistical Computing, Viena, Áustria) versão 2.7.1 (teste t para dois grupos, mantendo erro tipo alfa de 0,05 e poder do teste de 0,80). Com base em estudo prévio semelhante, os parâmetros usados foram uma diferença de 5 pontos na escore total do FSFI entre os grupos, considerando um erro-padrão da diferença de 7 pontos (considerado um tamanho de efeito moderado, de 0,7).²⁰

3.2 Critérios de inclusão

· Casos (grupo 1):

- Sexo feminino
- Entre 18 e 45 anos de idade
- Ter iniciado a atividade sexual com coito vaginal há pelo menos um ano.
- Com diagnóstico de endometriose infiltrativa profunda (EIP)

Para o diagnóstico de EIP foi considerado o diagnóstico visual cirúrgico de endometriose ou confirmação histopatológica na biópsia após a cirurgia ou pacientes com algia pélvica e/ou infertilidade associada a um ou dois dos itens a seguir:

- exame clínico da pelve evidenciando nódulo endurecido no fundo de saco anterior ou posterior no toque vaginal e/ou retal;
- ultrassonografia transvaginal ou RNM sugerindo lesões infiltrativas de endometriose em fundo de saco anterior, posterior, intestino ou vias urinárias;

Controles (grupo2):

- Sexo feminino
- Entre 18 e 45 anos de idade
- Ter iniciado a atividade sexual com coito vaginal há pelo menos um ano.

- Sem dismenorréia grave (VAS >8)
- Sem evidência clínica ou confirmação cirúrgica de endometriose
- exame ginecológico normal

3.3 Critérios de exclusão (para casos e controles)

- Apresentar um nível cognitivo insuficiente para leitura e interpretação do questionário, entendimento dos procedimentos e acompanhar as orientações dadas.
- Ter doenças crônicas debilitantes (DM, HAS, Lúpus, alterações tireoidianas, entre outras).
- Pacientes que negaram relação sexual com penetração vaginal no último mês.

3.4 Aferição do índice sexual

Foi aplicado o FSFI (Apêndice 2), que é um questionário que avalia a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor.

Este questionário inclui 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão existe um padrão de resposta. As opções de respostas recebem pontuação entre 0 e 5 de forma crescente em relação à presença do quesito avaliado. Apenas nas questões sobre dor a pontuação é definida de forma invertida. Se o escore de algum domínio for igual a zero, isso significa que não foi referida pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas.

Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que leva em conta a influência de cada domínio no escore total. Assim, para se chegar ao escore total deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e então somar os valores de cada domínio.

3.5 Métodos estatísticos

3.5.1 Estratégias de análise

3.5.1.1 Confiabilidade

Para avaliar as propriedades de confiabilidade foi aplicado o método teste-reteste, que consiste na aplicação do mesmo questionário de 15 a 21 dias após o preenchimento do primeiro questionário. Para medir a correlação entre os dois testes, foi usada a correlação intercalasse (ICC) calculada conforme descrita por Deyo.²¹

3.5.1.2 Análise estatísticas do estudo principal

O escore de cada domínio (total de seis) foi comparado entre o grupo 1 e o grupo 2. As comparações foram feitas apenas entre os mesmos domínios (componentes da resposta sexual do grupo caso com componentes da resposta sexual do grupo controle, e assim por diante).

Para análise das diferenças entre os grupos para variáveis intervalares ou de razão foi utilizado teste t de Student para grupos independentes. Para análise das diferenças entre os grupos para variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado. Foi interpretado como estatisticamente significativo o valor de p menor

que 0,05. Para realização dos cálculos foi utilizado o programa de código aberto R, versão 2.7.1 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Áustria).

4 RESULTADOS

Foram incluídas 107 pacientes, sendo 66 pacientes do grupo caso (grupo 1) e 41 pacientes do grupo controle (grupo 2). Dessas pacientes nove foram excluídas do grupo 1 e três do grupo 2 por relatarem última relação sexual há mais de um mês. Foram analisadas 95 pacientes que preencheram adequadamente o questionário e assinaram o termo de consentimento. Das 57 pacientes do grupo caso houve confirmação cirúrgica do diagnóstico de endometriose em 34 pacientes.

A correlação intraclasse do teste-reteste no grupo caso foi de 0,98 e no grupo controle foi de 0,99, demonstrando excelente confiabilidade em ambos os grupos.

Como mostra a Tabela 1, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na média de idade, nível de escolaridade e paridade. Cerca de 70% dos controles tinham mais de dois filhos, contra apenas 10% dos casos. No entanto, não foi estatisticamente significativa a diferença entre os grupos na média de IMC.

Tabela 1. Características demográficas dos grupos do estudo.

Características	Grupo 1(caso) (n= 57)	Grupo 2 (controle) (n=38)	P-valor
Idade(anos)	35,4 (± 5,2)	31,0 (± 7,8)	0,002
IMC (Kg/m ²)	25,4 (± 4,1)	25,4 (± 4,1)	0,41
Escolaridade (anos)	12,9 (± 2,8)	10,9 (± 2,3)	0,0001
Paridade (filhos)	0,5 (± 0,9)	1,7 (± 1,09)	0,0000002

Nota: Os resultados são apresentados como média (±desvio-padrão)

Das 107 pacientes entrevistadas, 13% do grupo 1 referiram estar sem relação sexual há mais de 6 meses e 7,5% do grupo 2, o que ocasionou sua exclusão do estudo. Não houve diferença significativa ($p= 0,26$). Porém, das pacientes do grupo 1, seis alegaram ausência de sexo devido à queixa de dor e das pacientes do grupo 2, uma alegou estar sem parceiro e duas evitavam relação por medo de nova gravidez.

As médias de escala analógico visual (VAS) para dismenorréia no grupo 1 e no grupo 2 foram, respectivamente, 3,8 e 2,9 ($p=0,13$). A média de VAS para dispareunia foi de 4,3 e 2,1 no grupo 1 e 2, respectivamente ($p=0,0007$). A média de

VAS para dor pélvica crônica foi de 4,5, no grupo 1 e de 0,8 no grupo 2 ($p=0,02$). A tabela 2 mostra os escores de VAS dos grupos estudados.

Tabela 2. Escores de escala analógico visual (VAS) de ambos os grupos

Dor avaliada	Grupo 1(caso) (n= 57)	Grupo 2 (controle) (n=38)	P-valor
Dismenorréia	3,8	2,9	0,13
Dispareunia	4,3	2,1	0,007
Disquezia	4,5	0,8	0,02

Nota: Os resultados são apresentados como média.

No grupo 1, 56% das pacientes estavam em uso de anticoncepcional contínuo, 21% em uso de progestógeno e 17% já haviam utilizado análogos do GnRH. No grupo 2, apenas quatro relataram uso de progestógeno e 31% uso de anticoncepcional.

Não houve diferença significativa entre os grupos, nas médias do FSFI para quaisquer domínios individuais, exceto dor(grupo 1, $3,4 \pm 1,8$; grupo 2, $4,5 \pm 1,7$, $p = 0,007$). Além disso, não houve significativas diferenças entre os grupos no escore total (grupo 1, $23,4 \pm 8,7$; grupo 2, $24,3 \pm 6,5$, $p = 0,2$), o que sugere que, nesta amostra, as mulheres com e sem endometriose experimentaram níveis semelhante de satisfação sexual. Uma análise detalhada dos escores FSFI para o caso e grupos de controle é mostrada na Tabela 3.

Tabela 3. Escores de cada domínio individual e do escore total do FSFI em ambos os grupos

Domínios	Grupo 1(caso) (n= 57)	Grupo 2 (controle) (n=38)	P-valor
Desejo	3,2 ($\pm 1,2$)	3,3 ($\pm 1,2$)	0,4
Excitação	3,7($\pm 1,6$)	3,8 ($\pm 1,2$)	0,3
Lubrificação	4,3 ($\pm 1,7$)	4,2 ($\pm 1,4$)	0,4
Orgasmo	4,2 ($\pm 1,8$)	4,1 ($\pm 1,4$)	0,2
Satisfação	4,3 ($\pm 1,7$)	4,3 ($\pm 1,5$)	0,4
Dor	3,4 ($\pm 1,8$)	4,5 ($\pm 1,7$)	0,007
Escore total	23,4 ($\pm 8,7$)	24,3 ($\pm 6,5$)	0,2

Nota: Os resultados são apresentados como média (\pm desvio-padrão)

5 DISCUSSÃO

O intuito deste trabalho foi comparar a função sexual de pacientes portadoras de endometriose profunda e pacientes sem endometriose. A função sexual avaliada através do FSFI total não foi significativamente diferente entre os dois grupos.

A diferença de idade entre os grupos, apesar de ter sido significativa, não é clinicamente relevante, visto que ambas as médias estão incluídas na primeira metade da mesma década de vida, um grupo homogêneo em relação à função sexual do ponto de vista biológico. A escolaridade apresentou também diferença significativa, porém as médias foram diferentes apenas em dois anos, o que não é clinicamente relevante. A média de paridade do grupo de mulheres do planejamento foi maior, como já havia sido discutido na escolha do grupo controle, porém não há interferência na satisfação sexual o fato de ter ou não filhos, a princípio.

A função sexual feminina tem múltiplos aspectos, que abrangem vários processos emocionais e fisiológicos.²² Esta observação pode estar relacionada ao componente subjetivo da resposta sexual, demonstrando que, embora relatem dor a penetração vaginal, essa queixa pode não se sobrepor aos outros componentes presentes durante o coito como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação.

No presente estudo, no qual foi usado um questionário autoaplicado de avaliação sexual, considerado um dos instrumentos mais adequados para se avaliar a função sexual feminina, não houve diferença significativa nos domínios desejo, excitação e orgasmo nas portadoras de endometriose quando comparado ao grupo controle. Porém o uso de ferramentas de pesquisa para identificar a função sexual das mulheres pode não considerar o parâmetro fundamental de angústia pessoal das pacientes. Além disso, este questionário não avalia a presença de sofrimento pessoal, pois os itens originais relativos ao sofrimento psicológico não foram incluídos no questionário final por causa da ambigüidade na sua interpretação.²³

No FSFI, um instrumento amplamente utilizado para a avaliação das dimensões fundamentais da função sexual feminina, foi estabelecida uma pontuação total de 26,5 como sendo o ponto de corte ideal para diferenciar mulheres com e sem disfunção sexual.^{23, 24} O escore total de ambos os grupos avaliados no presente estudo foi inferior a este valor relatado como normal, no grupo caso 23,4 e no grupo controle 24,3, o que sugere que ambos os grupos apresentam disfunção sexual. No

grupo caso e no grupo controle, 70% e 60% das pacientes, respectivamente, apresentaram escore menor que 26,5. Um dos questionamentos seria se as pacientes brasileiras realmente apresentam esse ponto de corte de 26,5 como limite entre o normal e o disfuncional. Giraldo e colaboradores, em um estudo brasileiro, avaliaram a satisfação sexual de pacientes com candidíase recorrente. O grupo controle, composto de pacientes sem descargas vaginais ou vulvodínia, apresentou FSFI total de 29,5, e os grupos casos, candidíase recorrente, vulvodínia localizada e um grupo misto com ambos os sintomas, apresentaram FSFI total de 25,5, 21,1 e 22,8, respectivamente.²⁵ Outro estudo brasileiro avaliou a função sexual de pacientes com falência ovariana prematura e do grupo controle através do FSFI. O FSFI total do grupo controle, com função ovariana normal, foi de 27,3.²⁶

Nesses estudos brasileiros as pacientes do grupo controle apresentaram o escore do FSFI total maior que 26,5. Podemos deduzir então, que as brasileiras podem ter este valor como ponto de corte para a função sexual normal.

Um outro questionamento seria se realmente as perguntas do FSFI avaliariam a satisfação sexual. Em um estudo observacional, Ferenidou e colaboradores observaram que, em mulheres sem queixas primárias de problemas sexuais, 50% apresentavam disfunção sexual pelo escore total do FSFI. Porém quando aplicado o Checklist de Sintomas das Funções Sexuais (Symptom Checklist of Sexual Function - women version- SCSF), 80% das mulheres se autodeclararam como satisfeitas sexualmente. Neste mesmo estudo, quase metade das mulheres que estavam satisfeitas com a sua função sexual (SCSF, questão 1), foram caracterizadas como tendo disfunção sexual por apresentarem pontuação do FSFI menor que 26,5. Isto indica que a satisfação ou insatisfação não podem ser totalmente previstas pelo escore do FSFI, quando uma mulher refere um problema sexual, porém parece estar mais relacionada à angústia que as pacientes apresentam pela presença do problema.²⁷ Deve-se ressaltar que a satisfação, a necessidade ou a expectativa são percebidas de forma diferente, dependendo de fatores pessoais, culturais e socioeconômicos. No entanto, a satisfação sexual como uma definição geral não existe e está muito perto do termo "bem-estar sexual subjetivo", podendo também ser referida como "a percepção da qualidade sexual de um indivíduo, sua vida sexual e as relações sexuais".²⁸

O único domínio no qual se observou diferença entre os grupos foi o domínio dor. Não houve diferença significativa entre os escores totais do questionário aplicado, o

que pode sugerir que embora a dor seja um componente importante na resposta sexual feminina, não é por si só um fator impeditivo a uma qualidade sexual comparável a mulheres sem esta queixa. Isso também foi observado por Vercellini que considerou que a dispareunia é apenas um entre uma série de determinantes do funcionamento sexual em mulheres com endometriose. A sexualidade feminina é multifatorial e compreende processos psicológicos, sendo assim o efeito da dor na relação sexual pode ter sido tamponado ou diluído por outros fatores, reduzindo assim parte de seu impacto relativo. O impacto da dor na relação sexual, neste estudo, foi menos acentuado do que o esperado e nenhuma correlação pôde ser demonstrada entre a gravidade da dispareunia e o funcionamento sexual em pacientes com endometriose.²⁹

As pacientes portadoras de endometriose apresentaram escala analógica visual de dispareunia de 4,3 em média, sendo significativa a diferença para o grupo controle, que foi de 2,1. A prevalência de dispareunia encontrada neste estudo foi de 75% nas pacientes com endometriose e 34% sem evidência clínica de endometriose, como esperado. Esta diferença foi significativa ($p=0,00006$). Estudos anteriores já haviam demonstrado a prevalência de dispareunia em torno de 60 a 80% em pacientes com endometriose.¹⁰

A dispareunia tem sido associada a uma atitude negativa em relação à sexualidade, ansiedade e abstinência do ato sexual. Vercellini e colaboradores confirmaram a hipótese de que as mulheres com endometriose retovaginal sofrem de dor à penetração profunda mais frequentemente em comparação a pacientes com endometriose em outros locais e sem endometriose.²⁹ Laumann e colaboradores concluíram que mulheres com dispareunia têm uma frequência menor de relação sexual, além de menor nível de desejo e excitação e menor frequência de orgasmos.¹³ Paice demonstrou que pacientes com dor pélvica crônica apresentam algum grau de disfunção sexual.¹⁵ Denny e Mann, em sua pesquisa com pacientes portadoras de endometriose e com queixa de dispareunia, demonstraram que houve uma diminuição da atividade sexual para a maioria das pacientes estudadas, com uma minoria tornando-se sexualmente inativa. A falta de atividade sexual resultou em uma diminuição da autoestima e um efeito negativo sobre as relações com os parceiros, embora a experiência tenha sido diferente entre as mulheres mais jovens e mais velhas. Eles concluíram que a dispareunia é um fator significativo na qualidade de vida e de relacionamentos para mulheres portadoras de

endometriose.¹⁶ É possível que a cirurgia com exérese da doença melhore a dor referida pelas pacientes e restabeleça a função sexual normal.

Na literatura a escala analógico visual quantifica a dispareunia em moderada quando a VAS é acima de 5 e grave, acima de 8.²⁹ Neste estudo, das 57 pacientes portadoras de endometriose, 28 pacientes apresentaram VAS para dispareunia maior que 5 e 10 pacientes VAS maior que 8. Das 38 pacientes do grupo controle, sete apresentaram VAS de dispareunia entre 5 e 7 e nenhuma apresentou VAS maior que 8.

Outro aspecto importante nas pacientes com endometriose é a dor pélvica crônica, que Tripoli avaliou através de pacientes com e sem endometriose, aplicando o questionário World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF). O estudo avaliou 49 pacientes com endometriose e 35 com dor pélvica crônica associada a outras condições ginecológicas e permitiu avaliar que a dor é um componente que interfere na qualidade de vida e na satisfação sexual.¹⁸

A dismenorréia, outro componente importante na clínica das pacientes com endometriose, também não apresentou diferença significativa entre os grupos. Foi observado, entretanto, que 77% das pacientes com endometriose se encontravam em amenorréia induzida por anticoncepcional e, portanto, sem a possibilidade de apresentarem este sintoma.

Não foi objetivo deste estudo avaliar com o FSFI a frequência de relações sexuais em ambos os grupos, porém observou-se que no grupo endometriose, em virtude da dor, as pacientes evitaram ter relação sexual com penetração, o que é clinicamente relevante. Nem sempre essas pacientes verbalizam esta queixa espontaneamente, devendo ser pesquisada pelo médico assistente que visa uma ampla avaliação, enfatizando uma abordagem global de todos os aspectos que podem interferir na qualidade de vida dessa mulher. A questão da frequência de relações sexuais também foi abordada por Denny e Mann que concluíram que dispareunia é um fator significativo na qualidade de vida e de relacionamentos para mulheres portadoras de endometriose.¹⁶

O presente estudo tem algumas limitações. Existe a possibilidade de má - classificação de casos e controles, já que algumas pacientes foram classificadas como grupo ou controle sem serem submetidas à cirurgia, considerada o padrão ouro para confirmar ou excluir o diagnóstico de endometriose, podendo assim, diluir a magnitude do efeito dos resultados.³⁰ Porém, o critério clínico é utilizado para

entrada e permanência no ambulatório de endometriose do HUPE há 15 anos, e até o presente momento utilizando esse critério as pacientes acompanhadas com estas queixas e operadas, confirmaram a presença de endometriose profunda em sua totalidade. As pacientes do grupo controle não apresentavam indício de endometriose, pois o exame ginecológico era normal, não tinham dismenorréia grave e queixa de infertilidade (mais de $\frac{2}{3}$ tinham mais de dois filhos). Além disso, as pacientes do grupo controle não apresentavam queixa clínica relacionada a uma doença ginecológica, buscando atendimento devido o desejo de não gestar. A questão do grupo controle foi relatado em outros estudos como limitante por utilizar pacientes com outras doenças ginecológicas benignas, que necessitaram abordagem cirúrgica. A falta de um grupo controle de mulheres que não procuram cuidados médicos e seja representativo da população feminina global de idade correspondente pode ser uma desvantagem, como relatado por Vercelini.¹⁴ Por isso ele sugeriu que em estudos prospectivos futuros devam ser incluídos grupos controles de base populacional selecionados para os sintomas pélvicos e sem fatores de confundimento.

CONCLUSÕES

O escore total do FSFI não apresentou diferença entre as pacientes com endometriose e o grupo controle.

A dor na relação sexual (dispareunia), avaliada pelo domínio dor do FSFI e pela escala analógica visual é significativamente maior nas portadoras de endometriose.

REFERÊNCIAS

1. Terri LW, Michael PD, Olive DL, *et al.* Physiologic measures of sexual function in women: a review of Endometriosis. *N.Engl.J Med.* 1993; 328:1759-69.
2. Rupesh R, Geetu P, Shazia K, *et al.* Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril.* 2007; 88(5):1273-84.
3. Basson R, Berman J, Burnett A, *et al.* Report of the International Consensus Development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163:888.
4. Basson R. Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001;98:350-353.
5. Tiefer L, Hall M, Tavris C. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28:225-32.
6. Abdo CHN, Oliveira Junior WN, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *RBM Rev Bras Med.* 2002;59(4):250-7.
7. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N.Engl.J Med.* 1993;328:1759-69.
8. Wheeler JM. Epidemiology of endometriosis-associated infertility. *J Reprod Med.* 1989;34(1):41-6.
9. Donnez J, Nisolle M, Casanas-Roux F, Bassil S, Anaf V. Rectovaginal septum, endometriosis or adenomyosis: laparoscopic management in a series of 231 patients. *Hum Reprod.* 1995; 10:630-5.
10. Chopin N, Vieira M, Borghese B, *et al.* Operative management of deeply infiltrating endometriosis: results on pelvic pain symptoms according to a surgical classification. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12:106–12.
11. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, *et al.* Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril.* 2002;78:719–26.
12. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, *et al.* Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril.* 2005;83:573–79.
13. Laumann EO, Paik A and Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537–44.
14. Lorencatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(1):88-92.

15. Paice J. Sexuality and chronic pain. *Am J Nurs*. 2003;103:87–9.
16. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2007;33(3):189-93.
17. Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther*. 1979; 5:244–81.
18. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med*. 2011 Feb; 8(2): 497-503.
19. Pacagnella Rde C, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(2):416-26.
20. Ottem DP; Carr LK; Perks AE; Lee P; Teichman JM. Interstitial cystitis and female sexual dysfunction. *Urology*. 2007; 69(4):608-10.
21. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health statistics measures: statistics and strategies for evaluation. *Controlled Clin Trials* 1991; 12: 142S - 158S.
22. Ertunc D, Uzun R, Tok EC, Doruk A, Dilek S. The effect of myoma uteri and myomectomy on sexual function. *J Sex Med*. 2009; 6(4):1032-8.
23. Rosen RC, Brown C, Heiman J, *et al*. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26:191-208.
24. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:1–20.
25. Giraldo PC, Polpeta NC, Juliato CST, Yoshida LP, Amaral RLG, Junior JE. Evaluation of Sexual Function in Brazilian Women with Recurrent Vulvovaginal Candidiasis and Localized Provoked Vulvodinia. *J Sex Med* 2012; 9:805–811.
26. de Almeida DM, Benetti-Pinto CL, Makuch MY. Sexual function of women with premature ovarian failure. *Menopause*. 2011 Mar;18(3):262-6.
27. Ferenidou, F, Kapoteli V, Moisidis, K, Koutsogiannis I, Giakoumelos A, Hatzichristou D. Presence of a Sexual Problem may not Affect Women's Satisfaction from their Sexual Function. *J Sex Med* 2008;5:631–639 .
28. Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wang T, Levinson B, Moreira ED, Nicolosi A, Gingell C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav* 2006;2:145–61.

29. Vercellini P, Somigliana E, Buggio L, Barbara G, Frattaruolo MP, Fedele L. "I can't get no satisfaction": deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril*. 2012; Aug 18.
30. Szklo M, Nieto FJ. Understanding Lack of Validity: Bias. In: _____.(Eds). *Epidemiology: Beyond the Basics*. Maryland: Aspen Publishers, 2000. p. 125-176.

APÊNDICE – Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE”**.

O objetivo desse trabalho é avaliar o impacto causado pela dor pélvica crônica na satisfação sexual das pacientes portadoras de endometriose. Essa pesquisa se justifica pelo fato da endometriose ser uma doença que acomete mulheres em idade reprodutiva e causa uma série de sintomas, dentre eles, a dispareunia profunda, que é a dor durante a relação sexual. Além do impacto social e econômico gerado, a vida sexual destas pacientes também é afetada. As pacientes com endometriose profunda, com focos nos ligamentos uterossacros, reto, septo reto-vaginal, vagina e bexiga, têm menor frequência de relação sexual, menos desejo e menor frequência de orgasmo. Este acometimento gera um impacto importante na qualidade de vida destas pacientes.

Você responderá a um questionário que engloba 19 perguntas sobre sua vida sexual nas últimas quatro semanas. Seja mais sincera possível, suas respostas permanecerão em completo sigilo.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda do acompanhamento pela equipe médica. Sua identidade jamais será revelada em nenhum momento por nenhum dos pesquisadores e os resultados serão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada pela pesquisadora responsável, Dra. Alessandra Evangelista, cujo telefone para qualquer contato, caso seja necessário é 2587-6369; e outra, será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Declaro que concordo em participar desse estudo, que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

NOME DA PACIENTE: _____

DATA: _____

Assinatura da paciente

Assinatura do pesquisador

ANEXO - Questionário FSFI(Female Sexual Function Index)

Female Sexual Function Index (FSFI)

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

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maior parte do tempo

3 = Às vezes

2 = Algumas vezes

1 = Quase nunca ou nunca

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

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou nulo

3. Nas últimas quatro semanas, qual a frequência com que você se sentiu excitada sexualmente

(ligada) durante a atividade sexual ou o coito?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Na maioria das vezes (mais da metade das vezes)

3 = Às vezes (cerca da metade das vezes)

2 = Algumas vezes (menos da metade das vezes)

1 = Quase nunca ou nunca

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

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito alta

4 = Alta

3 = Moderada

2 = Baixa

1 = Nula

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

0 = Sem atividade sexual

5 = Altíssima confiança

4 = Alta confiança

3 = Moderada confiança

2 = Baixa confiança

1 = Sem confiança

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

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo da relação)

3 = Às vezes (cerca da metade do tempo da relação)

2 = Algumas vezes (menos da metade do tempo da relação)

1 = Quase nunca ou nunca

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

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo da relação)

3 = Às vezes (cerca da metade do tempo da relação)

2 = Algumas vezes (menos da metade do tempo da relação)

1 = Quase nunca ou nunca

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

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Pouco difícil

5 = Não houve dificuldade.

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

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade do tempo da relação)

3 = Às vezes (cerca da metade do tempo da relação)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo da relação)

1 = Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas quatro semanas, que grau de dificuldade você teve em manter a lubrificação

(ficar molhada) até o fim da atividade sexual ou o coito?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Pouco difícil

5 = Não houve dificuldade.

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

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = Maioria das vezes (mais da metade das relações)

3 = Às vezes (cerca da metade das relações)

2 = Poucas vezes (menos da metade das relações)

1 = Quase nunca ou nunca

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

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

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

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

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

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

1 = Muito insatisfeita

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

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

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

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

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

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Quase sempre ou sempre

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

3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

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

5 = Quase nunca ou nunca

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

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Quase sempre ou sempre

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

3 = Às vezes (aproximadamente a metade das vezes)

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

5 = Quase nunca ou nunca

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

0 = Não houve tentativa de coito

1 = Muito alto

2 = Alto

3 = Moderado

4 = Baixo

5 = Muito baixo ou nulo

Apêndice 2:

Escores de avaliação do Female Sexual Function Index(FSFI):

Domínio	Questões	Variações do escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1-5	0,6	1,2	6

Excitação	3,4,5,6	0-5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11,,12,13	0-5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0(ou 1)-5*	0,4	0,8	6
Dor	17,18,19	0-5	0,4	0	6

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