

Correlação Entre a Incompetência Esfincteriana Anal e a Prática de Sexo Anal em Homossexuais do Sexo Masculino

Correlation Between Anal Sphincter Incompetence and Anal Sex Practice in Male Homosexual

MAÍRA COSTA FERREIRA¹; TATIANA PEREIRA BRAZ¹; ANA MARIA OLIVEIRA MACHADO¹; GABRIEL RIBEIRO²; ROSANA CRISTINA PERERIRA DE ANDRADE³

¹ Graduanda do 9º semestre de Fisioterapia da Unijorge; ² Docente da disciplina TCC III da Unijorge, Mestre em Morfologia e Medicina Experimental (USP-RP), especialista em Fisioterapia Músculoesquelética (UNAERP); ³ Fisioterapeuta Especialista em Uroginecologia, coordenadora do Ambulatório de fisioterapia de disfunções do assoalho pélvico da UFBA.

FERREIRA MC; BRAZ TP; MACHADO AMO; RIBEIRO G; ANDRADE RCP. Correlação Entre a Incompetência Esfincteriana Anal e a Prática de Sexo Anal em Homossexuais do Sexo Masculino. *Rev bras Coloproct*, 2010;30(1): 055-060.

RESUMO: Introdução: a incontinência anal (IA) é uma disfunção de origem multifatorial com impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo. Dentre as diversas etiologias para IA encontra-se a traumática, provocada pela penetração de objetos no canal anal. A inclusão do ânus na atividade sexual, já vem sendo descrita, principalmente entre homossexuais do sexo masculino. A partir desta premissa, questionou-se nesta pesquisa a possibilidade da penetração do pênis no ânus se enquadrar como etiologia traumática da incontinência anal. Objetivo: verificar a possível correlação entre a incontinência anal e a prática de sexo anal utilizando variáveis como idade, tempo de prática e a frequência semanal de sexo anal. Métodos: 100 homossexuais masculinos passivos responderam um questionário elaborado pelas pesquisadoras e um Índice de Incontinência Anal. Resultados: a incontinência anal estava presente em 62%, sendo que a perda de gases foi considerada a mais significativa. Contudo, as correlações propostas não se apresentaram estatisticamente significantes. Conclusão: a maioria dos homossexuais apresentou algum grau de incontinência anal, provavelmente em decorrência da prática do sexo anal.

Descritores: Incontinência Anal, sexo anal, homossexuais masculinos.

INTRODUÇÃO

A incontinência anal (IA) é caracterizada pela perda involuntária tanto de material fecal quanto de gases, sendo marcada pela incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal em local e tempo socialmente adequados^(1,2,3, 4).

A prevalência da IA é variável na literatura, dependendo do delineamento do estudo, critérios diagnósticos e seleção do sujeito⁽⁵⁾. Em alguns estudos estima-se que seja de 0,5% a 5% da população geral, enquanto outros apontam que cerca de 2% a 7% da população apresente algum grau de incontinência anal^(6,7).

Porém esses dados não são muito fidedignos, pois a prevalência da IA é sem dúvida subestimada, e em parte, isso se deve a dificuldade dos pacientes em relatar seu problema tanto pelo constrangimento quanto pelo desconhecimento das possibilidades terapêuticas^(8,9,10,11).

Apesar de a incontinência anal possuir menor incidência que a incontinência urinária, esta possui também um impacto significativo na qualidade de vida da população. Santos e Silva⁽⁶⁾ em 2002 mostraram em um estudo sobre a qualidade de vida de pacientes com IA, que 83% dos seus pacientes referiram apresentar os sintomas a pelo menos um ano, dos quais 46,4% há mais de 5 anos, caracteriza-se desta forma a

Local onde o trabalho foi realizado: A coleta de dados ocorreu durante o período de novembro de 2008 a março de 2009, em locais de concentração de homossexuais (boates e reuniões do Grupo Gay da Bahia) na cidade de Salvador - BA - Brasil.

Recebido em 21/08/2009

Aceito para publicação em 25/09/2009

cronicidade da IA e a possibilidade do maior comprometimento da sua qualidade de vida.

Embora não aumente significativamente a mortalidade, a IA atinge o indivíduo física e psicologicamente, o que resulta em seu isolamento progressivo e alterações da imagem corporal, auto-estima e identidade, além de onerar seu portador, seja pelos custos de protetores de roupas ou por demandar pessoal e tratamento especializados (7,8,11,12,13). Um estudo sobre os aspectos psicossociais da IA, realizado por Huppe et al. (8), verificou que os aspectos mais comprometidos nestes pacientes foram a sexualidade e o desempenho do indivíduo no emprego. Sendo que 58% dos pacientes suspenderam sua atividade sexual, enquanto 14% somente diminuíram a frequência dessa atividade.

A etiologia da IA é variável, podendo ser traumática e determinada pela penetração de objetos no canal anal. O intercurso sexual anal e o conseqüente traumatismo ano-retal registra, além do aumento dessa prática, uma enorme variedade de objetos utilizados durante o ato sexual ou estimulação auto-erótica (14).

A inclusão do ânus na atividade sexual já vem sendo descrita como prática comum em algumas culturas da antiguidade e parte exibida pela relação homossexual principalmente entre as pessoas do sexo masculino (15,16). Poucas pesquisas têm sido feitas sobre este assunto, porém todas demonstram que cada vez mais, não só os casais homossexuais, como também os heterossexuais fazem sexo anal (17,18). A partir desta premissa, questiona-se a possibilidade da penetração do pênis durante o sexo anal, se enquadrar como etiologia traumática da incontinência anal.

O objetivo deste estudo foi determinar se o sexo anal está associado a um maior risco de incontinência anal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional de corte transversal. A população de estudo constituiu-se de 100 homossexuais do sexo masculino que praticavam sexo anal passivo. Como critérios para inclusão na amostra considerou-se necessário possuir idade inferior a 50 anos e declarar-se praticante de sexo anal de forma passiva. Os critérios de exclusão foram: declarar-se praticante do sexo anal ativo, possuir história de diabetes, hemorróidas, prolapso retal, câncer do reto ou cirurgias do reto.

A coleta de dados ocorreu durante o período de novembro de 2008 a março de 2009, em locais de concentração de homossexuais (boates e reuniões do Grupo Gay da Bahia) na cidade de Salvador.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário semi-estruturado elaborado pelas pesquisadoras baseado nos objetivos e nas variáveis de interesse e mais o Índice de Incontinência Anal, ambos aplicados através da técnica da entrevista.

O questionário compunha-se por duas questões abertas relacionadas a idade do entrevistado e ao tempo de prática do sexo anal; e mais duas questões fechadas relacionadas ao uso de lubrificante (se o indivíduo fazia uso regular, ou seja, em todas as relações; se não fazia uso; ou se fazia uso irregular, ou seja em apenas algumas relações sexuais) e a frequência semanal de sexo anal (a frequência foi classificada em 1 vez/semana, 2 vezes, 3 vezes, 4 vezes ou mais que 5 vezes/semana).

Para verificar a continência anal, utilizou-se o Índice de Incontinência Anal (Tabela 1), proposto por Jorge e Wexner (19), que envolve não só as características e frequência das perdas anais como o uso de pro-

Tabela 1 - Índice de Incontinência Anal. 19

Tipo de incontinência	Frequência				
	Nunca	Raramente <1/mês	Às vezes <1/semana e ≥1/mês	Frequentemente <1/dia e ≥1/semana	Sempre ≥1/dia
Sólido	0	1	2	3	4
Líquido	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Uso de fralda/ absorvente	0	1	2	3	4
Alteração no estilo de vida	0	1	2	3	4

0 = Perfeito; 20 = Completa Incontinência.

teção e as limitações conseqüentes à IA. Essa escala permite classificar a IA em leve (1 a 7), intermediária (8 a 13) e grave (14 a 20).

Para este estudo, considerou-se que ao obter o somatório igual a zero no Índice de Incontinência Anal, o indivíduo entrevistado seria classificado como continente.

As variáveis quantitativas (idade, frequência semanal e tempo de prática de sexo anal) foram descritas através de média, desvio padrão e percentuais. A avaliação da associação entre duas variáveis quantitativas foi feita através do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. O nível de significância considerado foi de p valor inferior a 0,05. Os dados foram analisados e processados com auxílio do programa estatístico MINITAB 14.

O respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe a fim de atender às exigências éticas e científicas fundamentais, de forma a obedecer às normas e diretrizes da Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Nesta perspectiva, este estudo seguiu fielmente as recomendações da referida Resolução, sendo submetido à avaliação do Comitê de Ética das Faculdades de Ciência e Tecnologia - FTC e apenas iniciado após sua aprovação (registro de aprovação 1.262).

RESULTADOS

Foram entrevistados 100 indivíduos homossexuais masculinos que atendiam aos critérios de inclusão, obtendo-se uma idade média de 26,3 anos (mínima 15 anos – máxima 43 anos), frequência média semanal de prática de sexo anal igual a 2 vezes e tempo médio de 9,4 anos de prática (mínima 1 ano – máxima 35 anos).

De acordo com o Índice de Incontinência Anal, identificou-se que 59% da população estudada apresenta sintomas de incontinência anal leve e 3% sintomas de incontinência anal intermediária, obtendo-se, desta forma uma prevalência de IA de 62%. Os 38% restantes apresentaram-se continentais.

Verificou-se que 65% dos indivíduos utilizam o lubrificante regularmente, seguido de 27% que fazem uso irregular e 8% que não fazem uso.

Com relação ao tipo de perda, dos 62 indivíduos que apresentaram incontinência anal, 35% tinham perda exclusivamente de gases, sendo esta a mais significativa. Outras perdas relevantes foram:

perda de sólido 19%; e sólido associado a gases 18%. (Gráfico 1)

As correlações entre a IA e as variáveis tempo de prática de sexo anal, idade e frequência semanal de sexo anal, obtiveram respectivamente o r (coeficiente de correlação linear) igual a 0,079, 0,113 e 0,192 (Gráficos 2, 3 e 4).

As correlações propostas pelo estudo apresentaram-se estatisticamente pouco significante. O fato de não existir correlação entre os parâmetros expostos invalida a possibilidade de realização dos testes de hipóteses para a confirmação de existência de correlação.

DISCUSSÃO

Segundo alguns estudiosos a entrada do pênis ou qualquer outro objeto no ânus estaria contrariando a função da musculatura do reto que é expulsiva e não receptiva⁽²⁰⁾.

Para ocorrer a penetração anal, deve haver o relaxamento dos músculos esfíncter anal interno e externo⁽²¹⁾. O esfíncter anal externo possui fibras estriadas, o que permite o controle voluntário dessa musculatura. Já o esfíncter anal interno é uma musculatura lisa, involuntária, controlado pelo sistema nervoso autônomo e que se mantém em constante tonicidade^(22, 23).

Para que o esfíncter anal interno relaxe, é preciso que ocorra o reflexo inibitório reto-anal. Quando o conteúdo fecal chega ao reto, distende a parede desta estrutura desencadeando o reflexo inibitório, que promove um relaxamento transitório do esfíncter anal interno para que o conteúdo fecal desloque-se para o canal anal⁽²⁴⁾. Como a penetração anal acontece no sentido contrária a evacuação, podemos concluir que durante o sexo anal, o reflexo inibitório reto-anal não é desencadeado, portanto o esfíncter anal interno não relaxa e torna-se uma resistência a passagem do pênis induzindo a possíveis traumas anorretais.

Apesar das controvérsias a respeito da prática do coito anal, estudos relatam que o intercursos anal pode levar a disfunções anorretais^(14, 18, 25).

De acordo com Nobile⁽²⁶⁾, o sexo anal frequente pode alargar e, mais tardiamente, provocar incontinência do esfíncter do ânus. Em contrapartida, Marzano⁽²¹⁾, afirma que a IA secundária ao sexo anal não depende do número de relações (frequência), mas da forma como é praticado. Apesar de encontrar no

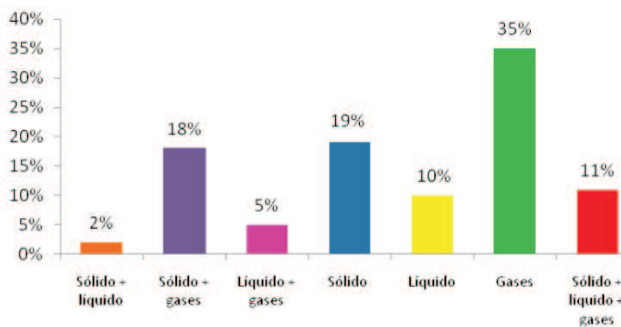


Gráfico 1 - Relação de perdas na incontinência anal.

presente estudo uma frequência semanal média de sexo anal de 2 vezes, a correlação entre a IA e a frequência semanal mostrou-se estatisticamente insignificante, portanto assemelhando-se a afirmação de Marzano.

Diferentemente da vagina, o ânus não possui tanta elasticidade e nem lubrificação natural, portanto se impõe lubrificação prévia^(26,21). Santos⁽¹⁵⁾ afirma em seu estudo com homossexuais que o uso de lubrificantes na penetração anal, diminui a possibilidade de lesões anorretais. O sexo anal sem o uso de lubrificante pode levar a lesão dessa estrutura, podendo ocasionar até perda de sangue⁽²⁷⁾.

A maioria dos entrevistados (65%) fazem uso de lubrificante durante o sexo anal, porém muitos informaram que utilizavam apenas a lubrificação do próprio preservativo ou a saliva. A lubrificação utilizada sugere ser insuficiente e inadequada para diminuir o atrito durante a penetração anal, o que contribui efetivamente para o surgimento de lesão esfinteriana, já que encontrou-se uma prevalência de 62% de incontinência anal.

O primeiro estudo que aborda a relação entre IA e o uso do intercurso anal na atividade sexual em homossexuais, mostrou que mais de um terço da população estudada apresentou algum grau de incontinência quer seja a gases, líquido ou sólido⁽²⁸⁾. Reforçando nossos achados onde quase dois terço da amostra obtiveram incompetência esfinteriana anal.

A classificação da IA em leve, moderada e grave, possibilita a avaliação da gravidade da IA e serve como um instrumento para análise da escolha terapêutica⁽⁵⁾. O fato da perda de gases ter sido a mais frequente pode indicar que o sexo anal não seja um trauma de alta magnitude, induzindo apenas o aparecimento de lesão esfinteriana leve. Esse dado não deve

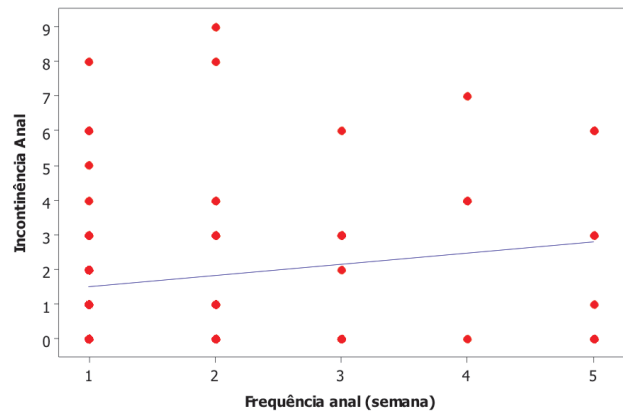


Gráfico 2 - Diagrama de dispersão: correlação entre incontinência anal e frequência anal.

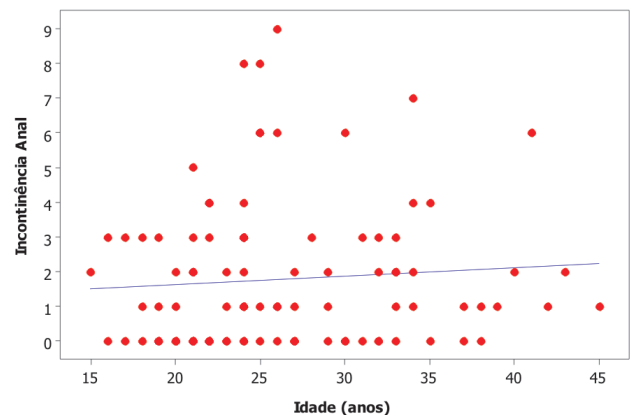


Gráfico 3 - Diagrama de dispersão: correlação entre incontinência anal e idade.

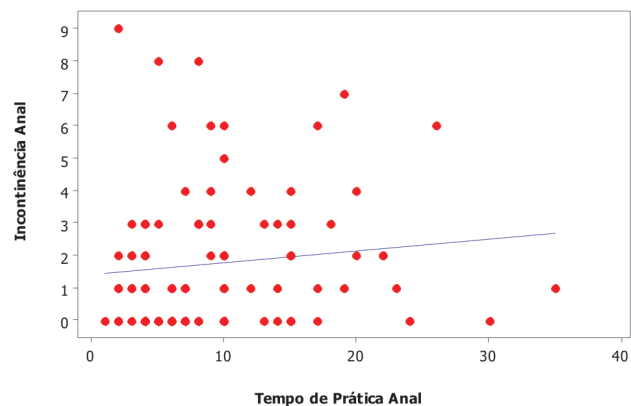


Gráfico 4 - Diagrama de dispersão: correlação entre incontinência anal e tempo de prática de sexo anal.

ser subestimado, uma vez que pode vir a afetar a qualidade de vida do indivíduo.

Podem-se apontar muitas limitações para a realização deste estudo. Existem aquelas referentes a qualquer estudo transversal, como o viés da prevalência, a dificuldade de esclarecer a sequência causal e a interpretação dificultada pela presença de fatores de confundimento. No entanto, as principais limitações desse estudo foram o tabu e o constrangimento que esse assunto provoca; a escassez científica referente à temática, aspecto que dificultou o aprofundamento da discussão; e a incerteza de respostas fidedignas por se tratar de um questionário, porém essa interferência

foi minimizada ao se propor um ambiente seguro e individualizado o que deve ter aumentado a probabilidade de respostas precisas.

CONCLUSÃO

A penetração do pênis no ânus durante o ato sexual pode ser uma etiologia traumática da IA, já que a maioria dos entrevistados apresentou incontinência anal leve. Porém essa incontinência não mostrou correlação com a idade, frequência e tempo de prática de sexo anal.

ABSTRACT: Introduction: the anal incontinence (AI) is a disfunction of multifactorial origin with significant impact in the quality of life of the individual. Amongst the diverse etiologies for AI meets it traumatic, provoked for the object penetration in the anal canal. The inclusion of the anus in the sexual activity, already comes being described, mainly between homosexuals of the masculine sex. From this premise, the possibility of the penetration of the penis in the anus was questioned in this research if to fit as traumatic etiology of the anal incontinence. Objective: to verify the possible correlation between changeable the anal incontinence and the practical one of anal sex being used as age, practical time of and the weekly frequency of anal sex. Methods: 100 passive masculine homosexuals had answered a questionnaire elaborated for the researchers and an Index of Anal Incontinence. Results: the anal incontinence was present in 62%, being that the loss of gases was considered most significant. However, the correlations proposals had not been presented statistical significant. Conclusion: the majority of the homosexuals presented some degree of anal incontinence, probably in result of the practical one of the anal sex.

Key words: Anal Incontinence, Anal Sex, Male Homosexuals.

REFERÊNCIAS

1. Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
2. Saad LHC, Coy CSR, Fagundes JJ, Ariyazon ML, Shoji N, Góes JRN. Quantificação da função esfincteriana pela medida da capacidade de sustentação da pressão de contração voluntária do canal anal. *Arq de Gastroenterol* 2002 out/dez; 39(4): 233-239.
3. Oliveira L. Incontinência fecal. *J Bras Gastroenterol* 2006 jan/mar; 6(1): 35-37.
4. Stephenson RG, Connor LJ. Fisioterapia aplicada a ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Manole; 2004.
5. Oliveira SCM de, Pinto-Neto AM, Conde DM, Góes JRN, Santos-Sá D, Costa-Paiva L. Incontinência fecal em mulheres na pós-menopausa: prevalência, intensidade e fatores associados. *Arq Gastroenterol* 2006 abr/jun; 43 (2): 102-106.
6. Santos VLCC, Silva AM. Qualidade de vida em pessoas com incontinência anal. *Rev Bras Coloproct* 2002; 22(2): 98-108.
7. Oliveira L, Jorge JMN, Yusuf S, Habr-Gama A, Kiss D, Cecconelo I. Novos tratamentos para incontinência anal: injeção de silicone melhora a qualidade de vida em 35 pacientes incontinentes. *Rev Bras Coloproct* 2007 abr/jun; 27(2): 167-173.
8. Yush SAI, Jorge JMN, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama Rodrigues J. Avaliação da Qualidade de Vida na Incontinência Anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). *Arq Gastroenterol* 2004 jun/set; 41(3): 202-208.
9. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-Based Prevalence of Anal Incontinence. *JAMA*, Chicago 1995; 274(7): 559-561.
10. Heymen S. Psychological and cognitive variables affecting treatment outcomes for urinary and fecal incontinence. *Gastroenterol* 2004; 126: 126-146.
11. Matos D. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de coloproctologia/UNIFESP/EPM. Barueri (SP): Manole; 2004.
12. Lumi CM, Muñoz JP, La Rosa L. Neuromodulación sacra para el tratamiento de la incontinência anal: experiencia piloto prospectiva en Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2007 mar; 37(1): 29-36.
13. Kalantar JS, Howel S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors: an underdiagnosed problem in the Australian community? *Medical Journal of Australia* 2002 jan; 176: 54-57.
14. Santos Júnior JCM dos. Instrumentação anal erótica: um problema médico-cirúrgico. *Rev bras Coloproct* 2007; 27(1): 096-100.

15. Santos MGP. Atendimento ao jovem homossexual. SBRASH, Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. Rev Bras de Sexualidade Humana 1990 jan/jun; 1(1).
16. Pereira H. Determinantes do risco e implicações para a saúde nas práticas sexuais de homens que têm sexo com homens. *Análise Psicológica* 2007; 25 (3): 517-527.
17. Nunes SS. Sexo Proibido: a história do sexo anal nas relações heterossexuais. Rio de Janeiro: Literes; 2007.
18. Johanson S. ABC do Sexo. São Paulo: Ed. Seoman; 2005.
19. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
20. Adequado ao prazer. Portal da sexualidade on-line. Disponível em: <http://www.portaldasexualidade.com.br/Interna.aspx?id_conteudo=294&id_secao=125&id_item_secao=8>. Acesso em: 10 maio 2009.
21. Marzano C. O prazer secreto. Curitiba (PR): Eden; 2008.
22. Heidi Nelson MD. Ânus. In: Townsend CM (Ed.). *Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna*. 17 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005; cap 49.
23. López AJG. Incontinência Anal. *Revista IATREIA* 2002 set; 15(3):190-199.
24. Heidi Nelson MD. Doença do reto e ânus. In: Goldman L, Ausiello D. *Cecil tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005; cap 147.
25. Gaudêncio P. *Manual do prazer*. Rio de Janeiro: O Dia; 2003.
26. Nobile LA. *Sexualidade na Maturidade*. São Paulo: Brasiliense; 2002.
27. Goldstone SE. *Manual do amor gay – guia médico para homens*. São Paulo: Outras Palavras; 2005. Texto retirado do *Cadernos Pela Vidda*, ano XVI, (42). Disponível em: <<http://www.aids.org.br/>>. Acesso em: 18 mai 2009.
28. Miles AJG, Allen-Mersh TG, Wastell C. Effect of anoreceptive intercourse on anorectal function. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1993; 86: 144-147.

Endereço para correspondência:

MAÍRA COSTA FERREIRA
Cond. Mata Atlântica I, bl 08, Apt 001
Vale dos Lagos, Salvador, Bahia, Brasil.
CEP: 41250-470
E-mail: maiferreira@gmail.com