



## DISFUNÇÕES DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO SUPERFICIAL E FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES JOVENS NULÍPARAS

**Resumo:** Identificar as disfunções da MAPS em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com a função sexual. Estudo descritivo, observacional e transversal em uma amostra de conveniência de mulheres jovens nulíparas. As participantes foram avaliadas por meio de questionário sócio clínico, Pelvic Floor Distress Inventory, Female Sexual Function Index, International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form, Escala de Incontinência Anal de Jorge & Wexner e realizado exame físico da MAPS. Participaram 45 mulheres (mediana de idade 21 anos). Dentre as disfunções da MAPS, a prevalência de disfunções urinárias, disfunções sexuais (DS) e anoretais foi de 24,44%, 31,11% e 8,8%, respectivamente. O grupo com DS apresentou mais disfunções vaginais ( $p=0,04$ ) e intestinais ( $p=0,02$ ). Houve correlação entre DS, disfunções vaginais ( $R=0,04$ ) e intestinais ( $R=0,04$ ). Houve predomínio de disfunção urinária dentre as disfunções da MAPS. A prevalência de DS foi alta em mulheres jovens nulíparas. Mulheres com DS apresentam piores funções intestinais e vaginais.

Descritores: Assoalho Pélvico, Disfunções do Assoalho Pélvico, Função Sexual.

### Superficial pelvic floor muscle dysfunction and sexual function in Young nulliparous women

**Abstract:** To identify MAPS dysfunctions in young nulliparous women and correlate them with sexual function. Descriptive, observational, and cross-sectional study in a convenience sample of young nulliparous women. Participants were evaluated using a socio-clinical questionnaire, Pelvic Floor Distress Inventory, Female Sexual Function Index, International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form, Jorge & Wexner Anal Incontinence Scale, and a physical examination of MAPS was performed. Forty-five women participated (median age 21 years). Among MAPS dysfunctions, the prevalence of urinary dysfunctions, sexual dysfunctions (SD), and anorectal dysfunctions was 24.44%, 31.11%, and 8.8%, respectively. The group with SD had more vaginal ( $p=0.04$ ) and bowel ( $p=0.02$ ) dysfunctions. There was a correlation between SD, vaginal ( $R=0.04$ ) and bowel ( $R=0.04$ ) dysfunctions. There was a predominance of urinary dysfunction among MAPS dysfunctions. The prevalence of SD was high in young nulliparous women. Women with SD have worse bowel and vaginal functions.

Descriptors: Pelvic Floor, Pelvic Floor Dysfunctions, Sexual Function.

### Disfunciones musculares superficiales del suelo pélvico y función sexual en mujeres jóvenes nulíparas

**Resumen:** Identificar disfunciones MAPS en mujeres jóvenes nulíparas y correlacionarlas con la función sexual. Estudio descriptivo, observacional y transversal en una muestra por conveniencia de mujeres jóvenes nulíparas. Los participantes fueron evaluados mediante un cuestionario socioclínico, el Inventario de malestar del suelo pélvico, el Índice de función sexual femenina, el Cuestionario de consulta internacional sobre incontinencia (formato abreviado), la Escala de incontinencia anal de Jorge y Wexner y un examen físico MAPS. Participaron 45 mujeres (edad media 21 años). Entre las disfunciones MAPS, la prevalencia de disfunción urinaria, disfunción sexual (DS) y disfunción anorrectal fue del 24,44%, 31,11% y 8,8%, respectivamente. El grupo con SD presentó más disfunciones vaginales ( $p=0,04$ ) e intestinales ( $p=0,02$ ). Hubo correlación entre SD, disfunciones vaginales ( $R=0,04$ ) e intestinales ( $R=0,04$ ). Hubo predominio de la disfunción urinaria entre las disfunciones MAPS. La prevalencia de SD fue alta en mujeres jóvenes nulíparas. Las mujeres con síndrome de Down tienen peores funciones intestinales y vaginales.

Descritores: Suelo Pélvico, Disfunciones del Suelo Pélvico, Función Sexual.

#### Emanuella Mildemberger Franco

Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: [manumildemf@hotmail.com](mailto:manumildemf@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2593-4014>

#### Ellen Caroline Navroski

Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: [ellennavroski@outlook.com](mailto:ellennavroski@outlook.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5962-5767>

#### Fernanda Aparecida Penteado

Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: [fpenteado2000@gmail.com](mailto:fpenteado2000@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3176-1127>

#### Meirielly Furmann

Fisioterapeuta. Doutora em Desenvolvimento Comunitário. Docente do departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: [meiriellyfurmann@unicentro.br](mailto:meiriellyfurmann@unicentro.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8045-5755>

#### Ana Carolina Dorigoni Bini

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: [anacarolina@unicentro.br](mailto:anacarolina@unicentro.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1717-9249>

#### Josiane Lopes

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

E-mail: [jolopes@unicentro.br](mailto:jolopes@unicentro.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0128-4618>

Submissão: 07/10/2024

Aprovação: 16/11/2024

Publicação: 03/12/2024



#### Como citar este artigo:

Franco EM, Navroski EC, Penteado FA, Furmann M, Bini ACD, Lopes J. Disfunções da musculatura do assoalho pélvico superficial e função sexual em mulheres jovens nulíparas. São Paulo: Rev Remecs. 2024; 9(15):262-270. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2024.9.15.262270>

## Introdução

A musculatura do assoalho pélvico superficial (MAPS) localiza-se na cavidade abdomino-pélvica sendo constituída pelos músculos ísquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso do períneo e esfíncter anal externo. Esta musculatura desempenha as funções de suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal e tem um papel preponderante na função sexual<sup>1</sup>.

Em condições saudáveis, a MAPS é volumosa, suporta adequadamente as paredes vaginais e proporciona um adequado desempenho funcional. Porém quando há disfunções, a MAPS pode sofrer relaxamento ou contração em excesso causando alterações de pressão e dor<sup>2</sup>.

Mulheres jovens nulíparas estão continuamente sujeitas ao desenvolvimento de disfunções da MAPS especialmente por fatores associados à prática de exercícios físicos de alto impacto, tabagismo, fatores genéticos, uso de drogas, obesidade, doenças crônicas e consumo de cafeína. Quando ocorre a debilidade do funcionamento da MAPS há também o comprometimento da função sexual feminina diminuindo a qualidade de vida das mulheres<sup>3</sup>.

A sexualidade é um aspecto essencial na qualidade de vida do ser humano. O ato sexual é composto por quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Havendo excesso, falta, presença de desconforto ou dor em alguma das fases já é considerado disfunção sexual (DS)<sup>4</sup>.

As DS podem ser persistente ou recorrente e são classificadas em transtorno do orgasmo feminino; transtorno de excitação sexual feminina; transtorno gênito-pélvica/ penetração e disfunção sexual induzida por alguma substância desencadeada devido

a efeitos fisiológicos adversos, tanto por medicação como pela ingestão de tabaco, álcool e/ou drogas ilícitas<sup>2</sup>.

Frequentemente, as condições de distúrbios da MAPS são negligenciadas, muito estigmatizadas e pouco esclarecidas. As funções sexuais podem influenciar nos aspectos sensório-motores da MAPS. Considerando que há estreita relação entre MAPS e sexualidade, é muito importante a avaliação conjuntamente<sup>5</sup>. Assim, este estudo teve o objetivo de identificar as disfunções da MAPS em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com a função sexual.

## Materiale Método

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, de corte transversal desenvolvido na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (CEFISIO/ UNICENTRO). Este estudo seguiu as normas previstas na resolução número 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética envolvendo seres humanos da UNICENTRO (COMEP/ UNICENTRO) (Parecer no. 5.299.509).

Foram adotados como critérios de inclusão: mulheres com faixa etária entre 18 e 30 anos, nulíparas, que já experienciaram a primeira relação sexual e que não estivessem menstruando no dia da avaliação. Os critérios de exclusão foram: mulheres com doenças neurológicas, infecção urinária ou vaginal ativa, vaginismo, doença renal, cirurgia uroginecológica, malformação uroginecológica, diagnóstico de câncer pélvico atual ou pregresso e/ ou dificuldade de compreensão para realização da avaliação.

A amostra foi do tipo conveniência com recrutamento das mulheres que desejassem participar do estudo e que contemplassem os critérios de

elegibilidade. As participantes foram recrutadas por meio de divulgação na CEFISIO/ UNICENTRO e após avaliar se contemplavam os critérios de seleção e com a anuência foram avaliadas.

O mesmo pesquisador avaliou as participantes em sala isolada, silenciosa e em temperatura ambiente. Foi administrado o questionário sócio clínico (elaborado especificamente para este estudo) e as versões validadas para a população brasileira dos questionários: Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20), Female Sexual Function Index (FSFI), International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), Escala de Incontinência Anal de Jorge & Wexner. E por último, foi realizado o exame físico da MAPS.

O Questionário sócio clínico continha dados pessoais (nome, idade, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, endereço, telefone, cidade/UF), peso e altura, dados ginecológicos (uso e tipo de método contraceptivo, vida sexual ativa e tempo de atividade sexual) e dados sobre sintomas de DS. O instrumento PFDI-20<sup>6</sup> avalia os sintomas de disfunção da MAP nos domínios vesicais, intestinais e vaginais. Ele contém 20 questões e a pontuação subdividida de 0 a 100 por domínio com escore total variando entre 0 e 300. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de disfunção.

O instrumento FSFI<sup>7</sup> avaliou a função sexual das participantes sendo composto por 19 questões. É composto por seis domínios da resposta sexual: 1) desejo e estímulo subjetivo, 2) excitação, 3) lubrificação, 4) orgasmo, 5) satisfação e 6) dor (dispareunia) ou desconforto. Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples) que são multiplicadas

pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado (Domínio/ fator de multiplicação - desejo e estímulo subjetivo/0,6; Excitação/ 0,3; lubrificação/ 0,3; Orgasmo/ 0,4; Satisfação/0,4; Dor (dispareunia) ou desconforto/0,4. A pontuação final é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio, que podem variar entre 2 e 36. O ponto de corte para caracterizar DS é  $\leq 26,55$  pontos<sup>8</sup>.

Para a análise dos domínios foram utilizados os seguintes pontos de corte ( $\leq$ ): Desejo: 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45, Orgasmo: 5,05, Satisfação: 5,04 e Dor: 5,51<sup>9</sup>.

O instrumento ICIQ-SF<sup>10</sup> avalia os relatos de incontinência urinária (IU). Tem como objetivo avaliar a gravidade, frequência e impacto da IU na qualidade de vida das participantes. Ele é composto por 4 questões e seu escore pode variar de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maior a gravidade e impacto da IU na qualidade de vida da mulher.

A Escala de Incontinência de Jorge & Wexner consiste em uma escala simples composta de cinco itens capaz de identificar se a mulher apresenta problemas de incontinência anal (IA) e qual o impacto dessa disfunção na QV relacionada à saúde das mulheres. A escala é composta por cinco variáveis (fezes sólidas e líquidas, flatos, uso de protetor e alteração no estilo de vida) e avalia a gravidade da IA, a qual pode ser classificada como leve, moderada ou grave<sup>11</sup>. O escore é uma escala do tipo Likert e as respostas variam da seguinte forma: 0 – Nunca, 1 – Raramente, 2 – Algumas vezes, 3 – Geralmente, 4 – Sempre, com pontuação final que vai de zero, que significa saúde perfeita até vinte, evidenciando incontinência completa, com a seguinte classificação

da gravidade da IA: leve- de 0 a 7 pontos; moderada - de 8 a 13 pontos; grave - de 14 a 20 pontos.

O Exame físico fisioterapêutico da MAPS foi realizado após a participante esvaziar sua bexiga. Em sala fechada e silenciosa, a participante foi posicionada em decúbito dorsal em uma maca com flexão de quadris e joelhos, pés apoiados e quadril abduzido, estando a região pélvica totalmente desnuda e coberta por um lençol descartável. Foi utilizada uma ficha de avaliação fisioterapêutica de avaliação da MAPS composta por: tônus do corpo perineal e esfíncter anal externo e avaliação da força muscular perineal. O tônus do corpo perineal e do esfíncter anal externo foram avaliados realizando uma pressão digital suportável sobre as estruturas (Presença de consistência elástica com discreta resistência (normotonia), sem resistência (hipotonia) e aumento de resistência (hipertonia))<sup>12</sup>.

Na avaliação da força da MAPS, foi realizada a palpação digital do canal vaginal (usando luva lubrificada o examinador introduziu o 2º dedo no terço médio do canal (3 cm) e na sequência era solicitado que a participante contraísse a MAPS e depois relaxasse). Nesta avaliação foi determinada a força muscular pela intensidade da contração voluntária do assoalho pélvico de acordo com a Escala de Oxford Modificada<sup>13</sup>.

### **Análise dos dados**

Estatísticas descritivas e medidas de frequência foram utilizadas para análise dos dados. A distribuição de normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para as variáveis que apresentaram distribuição

paramétrica os dados foram apresentados em médias e desvio-padrão, para as não-paramétricas em medianas e intervalos interquartílicos.

A comparação entre os grupos com e sem DS em relação às disfunções da MAPS avaliada pelo PFDI-20 foi analisada por meio do teste t para amostras independentes. Análises de correlação foram realizadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman. A significância estatística adotada foi de 5 %. As análises foram realizadas utilizando o programa Statistical Program for Social Science (SPSS®, versão 23.0).

### **Resultados**

A amostra foi constituída por 45 mulheres adultas jovens nulíparas com mediana de idade de 21 (20 - 23) anos, média de índice de massa corpórea de 22, 86 ± 3,23 kg/m<sup>2</sup>. Dados relacionados à sexualidade da amostra são apresentados na tabela 1. Foi relatado que 75,5% das participantes apresentavam vida sexual ativa com frequência de uma vez por semana. Toda a amostra se relacionava com parceiro fixo e do sexo masculino. A maioria utilizava algum método de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e o principal método contraceptivo foi o preservativo masculino. A prevalência de DS foi de 31,1%.

**Tabela 1.** Aspectos relacionados à sexualidade da amostra.

Variáveis	N
Vida sexual ativa	34
inativa	11
Parceiro fixo	29
mais de um parceiro	5
Métodos de prevenção DSTs	
Sim	28
Não	16
Métodos contraceptivos	
Preservativo (masculino)	28
Anticoncepcional oral	18
Anticoncepcional intramuscular	2
Anticoncepcional transdérmico	1
Implante	2
Dispositivo intrauterino	5
Nenhum	1
Frequência relações sexuais/semana	
1vez	18
2vezes	8
3 vezes	4
4 vezes	4
Disfunção sexual	
Sim	14
Não	31

n, número de indivíduos; DSTs, doenças sexualmente transmissíveis.

Na tabela 2 é possível evidenciar que dentre as participantes com DS, os piores domínios do FSFI foram dor/ desconforto e lubrificação. Em relação aos sintomas relacionados à DS, o principal sintoma foi dispareunia (n: 13; 22,81%) seguido de anorgasmia (n:7; 12,28%), falta de prazer (n:3; 5,26%) e frouxidão vaginal (n:3; 5,26%).

**Tabela 2.** Caracterização da função sexual da amostra segundo o FSFI.

FSFI (domínios)	Ponto de corte ( $\leq$ )	Média $\pm$ DP (n=45)	Com disfunção sexual Média $\pm$ DP (n=14)	Sem disfunção sexual Média $\pm$ DP (n=31)
Desejo e estímulo subjetivo	4,28	3,16 $\pm$ 1,01	2,95 $\pm$ 1,27	3,25 $\pm$ 0,88
Excitação	5,08	1,99 $\pm$ 1,10	0,90 $\pm$ 0,85	2,48 $\pm$ 0,80
Lubrificação	5,45	2,22 $\pm$ 2,68	0,75 $\pm$ 0,80	2,88 $\pm$ 2,97
Orgasmo	5,05	2,20 $\pm$ 1,47	0,80 $\pm$ 0,73	2,83 $\pm$ 1,27
Satisfação	5,04	1,74 $\pm$ 1,24	0,88 $\pm$ 1,00	2,12 $\pm$ 1,15
Dor ou desconforto	5,51	3,04 $\pm$ 12,07	0,57 $\pm$ 0,46	4,15 $\pm$ 1,47
Escore total	26,55	31,18 $\pm$ 14,79	16,07 $\pm$ 10,03	38,00 $\pm$ 11,08

FSFI, *Female Sexual Function Index*; DP, desvio-padrão.

Na caracterização da funcionalidade da MAP, observa-se que a maioria da amostra apresentava fraqueza muscular e normotonia em corpo perineal e de esfíncter anal externo. Na análise das disfunções da MAP (urinária, intestinal e sexual) houve maior predomínio de disfunção urinária com 24,44% relatando IU (6, IU de urgência, 3 IU de esforço e 2 IU mista), e 4 incontinência anal com perda de flatos (Tabela 3).

**Tabela 3.** Caracterização da funcionalidade da MAP.

Variáveis	Valores n Mediana (p25-p75)
Tônus do corpo perineal (normal, hipertonia, hipotonia)	(33,7,5)
Tônus do esfíncter anal externo (normal, hipertonia, hipotonia)	(38, 4, 3)
Escala Perfect (força)	3 (2 – 3)
ICIQ-F (escore total)	0 (0-3)
EI Jorge & Wexner (n:43 – leve)	0 (0-2)
EI Jorge & Wexner (n:2 – moderado)	8 (8 – 8)
PFDI-20 (vesical)	8,33 ( 0 – 29,16)
PFDI-20 (intestinal)	9,37 (0 - 28,12)
PFDI-20 (vaginal)	8,33 ( 0 – 29,16)
PFDI-20 (escore total)	31,25 (8,33-84,89)

IMC, índice de massa do corpo; EVA, escala visual analógica de dor, ICIQ-F, *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*; EI Jorge & Wexner, escala de incontinência anal de Jorge & Wexner; PFDI-20, Pelvic Floor Distress Inventory.

Na tabela 4 estão apresentados os dados da comparação entre os grupos com e sem DS (FSFI) quanto às disfunções da MAP avaliadas pelo PFDI-20. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, para os domínios intestinal e vaginal do PFDI-20, sendo que o grupo que apresentou DS apresentava também maiores pontuações nesses domínios, indicativo de piores funções. Houve correlação apenas entre disfunção sexual e PFDI-20 intestinal e PFDI-20 vaginal (Tabela 5).

**Tabela 4.** Valores das disfunções vesicais, intestinais e vaginais (PFDI-20) distribuídas entre os grupos com e sem disfunção sexual.

PFDI-20	Disfunção sexual (FSFI)		P
	Com disfunção (n=14)	Sem disfunção (n=31)	
vesical	8,33 (3,12 – 29,16)	8,33 (0,00-33,33)	0,87
Intestinal	17,18 (0,00 – 25,00)	6,25 (0,00-28,12)	0,02*
vaginal	12,50 (0,00 – 33,33)	8,33 (0,00 – 16,66)	0,04*
PFDI-20 (total)	31,77 (8,33 – 68,75)	25,00 (8,33 – 116,66)	0,07

FSFI, Female Sexual Function; PFDI-20, *Pelvic Floor Distress Inventory*.

**Tabela 5.** Correlação entre nível de disfunções da MAP e presença de disfunção sexual.

Disfunções da MAP	(rô de Spearman) valor-p	
	Disfunção sexual	
PFDI-20 vesical	0,08	0,60
PFDI-20 intestinal	0,68*	0,04
PFDI-20 vaginal	0,74*	0,04
PFDI-20 total	0,11	0,47
Perfect (Força)	-0,20	0,17
El Jorge & Wexner	0,03	0,82
Tônus do corpo perineal	0,20	0,16
Tônus do esfíncter anal externo	0,09	0,52
ICIQ-F	0,09	0,55

PFDI-20, *Pelvic Floor Distress Inventory*; El Jorge & Wexner, escala de incontinência anal de Jorge & Wexner; FSFI, Female Sexual Function Index, ICIQ-F, *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*. \*valores com  $p < 0,05$ .

## Discussão

Muitas mulheres adultas jovens nulíparas, mesmo sem uma doença aparente apresentam importantes alterações na MAPS e DS causando limitações e restrições de atividades e participação social feminina. A prevalência da DS da amostra deste estudo (31,11%) foi muito semelhante ao encontrado em outro no estudo<sup>14</sup> que na amostra de 149 alunas de graduação de cursos da saúde da região sudeste do Brasil, 28,8% apresentaram algum tipo de DS. Desmitificando, assim, a correlação de DS somente em mulheres de maior faixa etária.

A presença de maior queixa de DS relacionado à dispareunia também está em consenso com a literatura. A dor como a queixa sintomática mais frequente relacionada à DS<sup>15</sup>. Em relacionamentos mais recentes (menos de 12 meses) estão associados

a sintomas da DS, visto que variáveis relacionadas ao aumento da intimidade do casal poderiam desempenhar um papel importante na proteção contra a DS<sup>16</sup>.

Na caracterização da funcionalidade da MAP, observa-se que a maioria da amostra apresentou fraqueza muscular e também normotonia em corpo perineal e de esfíncter anal externo. O grau de força muscular tem grande contribuição para a satisfação sexual pois conforme afirma Batista et al. (2017)<sup>17</sup> a força da MAP está diretamente ligada à saúde do assoalho pélvico e, portanto, também contribuindo no desempenho das funções sexuais. Alterações do tônus da MAP também interferem na relação sexual<sup>18</sup>.

Na análise das disfunções da MAP (urinária, intestinal e sexual) a maioria das participantes relataram IU. Uma revisão sobre a abordagem de sintomas do trato urinário inferior e sexualidade em

mulheres incontinentes evidenciaram efeitos negativos da IU sobre a vida sexual. Houve correlação entre DS e o domínio intestinal do PFDI-20. Percebeu-se que a queixa mais relatada foi dor/ desconforto na relação sexual. Tal fato pode ser atribuído a uma falha de relaxamento do assoalho pélvico, ocasionando desconfortos em ambas as situações e sendo um fator de risco<sup>19</sup>. Na literatura, há escassez de estudos sobre o tema.

Estudo com mulheres que recebiam tratamento para disfunções do assoalho pélvico, incluindo disfunções intestinais sendo demonstrada correlação positiva entre mulheres em idade fértil com falha de relaxamento da MAP e pior função sexual, concordando com os resultados do presente estudo sobre a correlação da disfunção intestinal e sexual<sup>20</sup>.

Também houve correlação entre DS e o domínio vaginal do PFDI-20. A queixa de dor/ desconforto é comum em mulheres que venham a apresentar distopia genital, levando em consideração o medo de ocorrer durante a função sexual. Há influência da MAP sobre a função e resposta sexual, pois a DS é uma condição comum em mulheres com queixas de IU e distopias<sup>21</sup>.

Esse estudo apresentou algumas limitações. O número da amostra foi pequeno. Houve baixa adesão das mulheres à coleta de dados, muitas que responderam os questionários não compareceram ao exame físico, inviabilizando o uso de seus dados. A amostra era muito jovem e encontra-se em uma fase de descobrir seu corpo e funções da MAP. Em relação ao exame físico, foi limitada a avaliação de contração e relaxamento da MAP pois a coleta se restringiu ao toque digital, sujeito a resultados subjetivos. Contudo, este estudo destacou que mulheres jovens nulíparas

podem sofrer disfunções da MAP que também influenciam sua saúde sexual, sendo importantíssima sua abordagem em conjunto.

## Conclusão

Conclui-se que, para a amostra estudada, houve predomínio de disfunção urinária dentre as disfunções da MAP e a prevalência de DS foi alta. Mulheres com DS apresentam piores funções intestinais e vaginais com correlação também entre as mesmas disfunções.

## Referências

1. Souza MMB, et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em profissionais do sexo na cidade de Fortaleza/CE. *Fisioterapia Brasil*. 2017; 17(6):577-84.
2. Lawson S, Sacks A. Pelvic floor physical therapy and women's health promotion. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2018.
3. Mendonça CR, et al. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*. 2012; 40(4):195-202.
4. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista Neurociência*, 2010; 18(2):267-74.
5. Rogers RG, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. *International urogynecologyjournal*, 2018; 29(5):647-66.
6. Arouca MAF, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J*. 2018; 27 (7):1097-106.
7. Hentschel H, et al. Validation of the female sexual function index (FSFI) for portuguese language. *Revista HCPA*. 2007; 1:10.
8. Freitas CS. Funcionalidade do assoalho pélvico e função sexual de idosas ativas fisicamente. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS). Santa Maria. 2017.

9. Rosen RC et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26:191-208.
10. Tamanini JTN et al. Validação para o português do International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form|| (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3):438-44.
11. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 1993; 36 (1):77-97.
12. Chiapara TR, Cacho DP, ALVES AFD. Avaliação Cinético Funcional. In: Chiarapa TR, Cacho DP, Alves AFD. Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista. 2007; 71-122.
13. Ortiz OC, Nuñez FC, Ibañez G. Evaluación funcional Del piso pelviano femenino: clasificación funcional. *Bol Soc Latino Am Uroginecol Cir. Vaginal*. 1994; 1(2):7-9.
14. Satake JT, Pereira TRC, Aveiro MC. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). *São Paulo Med J*. 2018; 136(4):333-38.
15. Purificação ER, Saraiva A, Ferraz DD. Disfunções sexuais em mulheres jovens universitárias: estudo transversal. *Rev Pesq Fisioter*. 2021; 11(2):307-19.
16. Latorre GFS, et al. Disfunção sexual em jovens universitárias: prevalência e fatores associados. *Fisioterapia Brasil*. 2016; 17(5):442-9.
17. Batista NMTL, et al. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017; 2(1).
18. Neto AM, Silva PO, Santos JL. Perfil de satisfação e conhecimento de universitárias sobre a disfunção sexual feminina: prevalência a fatores relacionados. *Braz J Surg Clin Res*. 2018; 25(2):43-7.
19. Auge APF, et al. Sintomas do trato urinário inferior e sexualidade: uma revisão. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med. Santa Casa São Paulo*. 2010; 55(2):76-81.
20. Thomas GP, Maeda Y, Valzey CJ. A review of the effect of faecal incontinence and constipation on sexual function. *Int J Colorectal Dis*. 2019; 34(3):387-91.
21. BO K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol*. 2012; 30(4):437-43.