

EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE FUNÇÃO SEXUAL, QUALIDADE DE VIDA E CONTRAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO COM O RISCO DE DISFUNÇÕES SEXUAIS DE MULHERES JOVENS? UM ESTUDO TRANSVERSAL

Jordana Barbosa da Silva^{1*}, Ariani Cavazzani Szkudlarek², Ana Paula Massuda Valadão³, Rubneide Barreto Silva Gallo², Raciele Ivandra Guarda Korelo²

Resumo: A função sexual feminina pode estar relacionada a função da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e parece ter inferência sobre a qualidade de vida das mulheres. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação da função sexual, da qualidade de vida e da habilidade de contração da MAP de mulheres jovens ativas sexualmente com o risco de disfunção sexual feminina (DSF). Este é um estudo transversal que incluiu 45 universitárias ativas sexualmente. A função sexual foi avaliada pelo Female Sexual Function Index (FSFI), classificando as participantes com e sem disfunção sexual feminina. A qualidade de vida foi mensurada utilizando o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). A função da MAP foi avaliada por meio da contração voluntária máxima (CVM), sustentada (CVS) e contração voluntária até a fadiga (CVF), por eletromiografia de superfície. Teste qui-quadrado de Pearson e teste t de Student foram utilizados para comparar mulheres com e sem risco para DSF, com nível de significância de 5%. Mulheres jovens com risco para DSF, representaram a maioria (73%) da população de estudo. Foi encontrada associação, com magnitude de efeito moderado a alto, do risco de DSF com escores menores nos diferentes domínios da função sexual e no escore da qualidade de vida, principalmente no domínio relações sociais ($p < 0.05$). No entanto, não houve associação entre a habilidade de contração da MAP com o risco de desenvolvimento para DSF.

Palavras-chave: saúde sexual, disfunção sexual fisiológica, assoalho pélvico, eletromiografia.

Afiliação

¹Doutoranda. Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, São Carlos – SP, Brasil

²Doutor. Docente do curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba - PR, Brasil

³Mestre. Docente do curso de Fisioterapia, Faculdade Educacional de Araucária - FACEAR, Curitiba - PR, Brasil.

IS THERE ASSOCIATION BETWEEN SEXUAL FUNCTION, QUALITY OF LIFE AND PELVIC FLOOR MUSCLES CONTRACTION WITH THE RISK OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN YOUNG WOMEN? A CROSS-SECTIONAL STUDY

Abstract: Female sexual function may be related to the function of the pelvic floor musculature (PFM) and seems to have an inference on the quality of life of women. The aim of the present study was to evaluate the association of sexual function, quality of life and contraction of PFM of young women sexually active in risk for female sexual dysfunction (FSD). This is a cross-sectional study that included 45 sexually active university students. Sexual function was assessed by the Female Sexual Function Index (FSFI), classifying participants with and without female sexual dysfunction (FSD). Quality of life was measured using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL -100). PFM function was assessed by the maximal voluntary contraction (MVC), sustained (SVC) and contraction until fatigue (CUF) by surface electromyography. Pearson's chi-square test and Student's t-test were used to compare women with and without risk for FSD, with a significance level of 5%. Women with risk for FSD were the majority (73%) in the present study. A association, with moderate to high effect magnitude was found for women with risk of DSF with lower scores in the different domains of the sexual function and in the quality of life score, especially in the social relationship domain ($p<0.05$). However, there was no association between the ability to contract PFM and the risk of FSD.

Key words: sexual health. sexual dysfunction physiological. pelvic floor. electromyography.

Introdução

A função sexual passou a ser considerada indicadora de saúde em 2004, sendo que as disfunções sexuais destacam-se como um agravante de saúde pública¹. Dados epidemiológicos mundiais revelam que, em média, 40-45% das mulheres possuem disfunção sexual², sendo que no Brasil, 50,9% das mulheres são acometidas³.

A disfunção sexual é definida como uma dificuldade e/ou alteração das fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) por um indivíduo⁴, fator que pode influenciar negativamente a qualidade de vida⁵, uma vez que afeta a saúde física e mental, as relações interpessoais e a autoestima².

A etiologia da disfunção sexual feminina (DSF) é multifatorial⁴ e um dos fatores que parece estar relacionado ao seu surgimento é o grau de força da musculatura do assoalho pélvico (MAP)⁶. A função da MAP pode ser avaliada por métodos subjetivos e objetivos indicados pela Sociedade Internacional de Continência⁷. Dentre os métodos objetivos, destaca-se o eletromiógrafo de superfície. Esta é uma técnica não invasiva que avalia a atividade elétrica da musculatura ao repouso e durante o movimento⁸ e permite que os pesquisadores determinem a eficiência de um músculo ou grupo muscular, uma vez que a eficiência neuromuscular pode ser considerada “a capacidade de resposta do músculo à excitação neural”⁹.

O grau de força da MAP está relacionado às contrações involuntárias que podem potencializar o orgasmo⁴. Estudos anteriores associam a habilidade de contração da MAP a uma melhor função sexual^{10–12}. De forma similar, um estudo conduzido com mulheres brasileiras encontrou uma relação positiva entre a função muscular da MAP e a função sexual¹³, entretanto, os autores avaliaram mulheres acima de 30 anos. Portanto, os resultados de estudos anteriores estão relacionados a avaliação de mulheres com faixa etária acima de 30 anos, que apresentavam disfunções associadas da MAP, como incontinência urinária, e que estavam no período pós-parto ou no climátero.

Com isso, ainda não é conhecida a associação entre a função sexual, a qualidade de vida e a habilidade de contração da MAP, em mulheres jovens sem queixas de disfunção do assoalho pélvico. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação da função da MAP e da qualidade de vida, de mulheres jovens, com o risco para o desenvolvimento de disfunções sexuais.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo

Este é um estudo transversal conduzido de acordo com as normas do STROBE, aprovado pelo Comitê de Ética da [OMITIDO DEVIDO CEGAMENTO] e inscrito no [OMITIDO DEVIDO CEGAMENTO], no qual todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início das avaliações. O estudo foi conduzido no Laboratório de Fisioterapia da [OMITIDO DEVIDO CEGAMENTO], entre agosto de 2015 à julho de 2016.

População

Foram incluídas no estudo 45 universitárias do sexo feminino, com idade superior a dezoito anos, com vida sexual ativa e nulíparas. Foram excluídas mulheres que não praticaram relações sexuais no período de até seis meses anterior a coleta; que realizaram algum tipo de procedimento cirúrgico na região genital, abdominal e/ou de membros inferiores nos últimos seis meses; com doença neurológica; com disfunções uroginecológicas (como incontinência urinária, incontinência fecal e/ou prolapso de órgãos pélvicos) ou alteração da integridade nervosa do assoalho pélvico; grávidas e usuárias de antidepressivos ou ansiolíticos.

Procedimentos

Todos os dados foram coletados por um único avaliador, previamente treinado e que seguiu rigorosamente as técnicas descritas a seguir.

Inicialmente, as participantes preencheram um questionário semiestruturado que avaliou os dados sociodemográficos das universitárias. Em seguida, a avaliação da função sexual e da qualidade de vida foi realizada por meio do preenchimento de questionários autoaplicáveis.

A função sexual foi avaliada por meio do questionário auto responsivo *Female Sexual Function Index* (FSFI) validado para o português brasileiro^{14,15}. Este instrumento avalia a função sexual da mulher nas últimas quatro semanas em seis domínios do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). O escore final tem um mínimo de 2 pontos e máximo de 36. O escore menor ou igual a 26,55 classifica a participante com risco para DSF¹⁶.

A qualidade de vida foi mensurada por meio do questionário autoaplicável *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100) validado para a língua portuguesa¹⁷. Este instrumento consiste de cem questões referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Valores próximos de 100 para

a pontuação geral representam melhor qualidade de vida, enquanto valores próximos de 20 representam melhor pontuação para cada um dos domínios¹⁸.

Após o preenchimento dos questionários, as participantes foram submetidas a avaliação da habilidade de contração da MAP por meio da eletromiografia de superfície, com o equipamento da Miotec Biomedical Equipment Ltd. Porto Alegre, Brasil, modelo Miotool 400, com 2 canais. O sinal elétrico foi gravado pelo software Miotec Suite versão 1.0 (Miotec®, Porto Alegre, Brasil) e armazenado em um computador portátil (Acer Intel Inside Core i5). Para realizar a coleta de dados foram seguidas as regras de padronização do SENIAM (*Surface ElectroMyoGraphy for the Non-Invasive Assessment of Muscles*)¹⁹: dois eletrodos de superfície (Ag/AgCl, área: 1 cm², distância entre os eletrodos 20 mm, Medi-Trace™, Kendall, Mansfield, MA, USA) foram posicionados sob o ponto motor da MAP (posição de 3 e 9 horas do relógio na região perineal) e um eletrodo de referência foi posicionado na mão da participante para eliminar interferências externas²⁰. Antes da coleta de dados, foi solicitada a tricotomia da área de aplicação e a limpeza da região foi realizada com álcool 70% e algodão.

A participante foi mantida em posição supina, com os pés apoiados na maca e joelhos flexionados. A normalização do sinal elétrico do aparelho foi realizada após o posicionamento dos eletrodos, que não foram movidos até o término de toda a avaliação. O aparelho foi ligado e foi solicitada uma contração da MAP antes do início do protocolo das contrações, na qual a mulher foi instruída a realizar a contração da MAP da maneira que considerava correta para o primeiro registro eletromiográfico. Desta forma, foi observado se os eletrodos estavam emitindo o sinal elétrico para o aparelho portátil, sendo que o mesmo estava recebendo energia apenas pela bateria e não por cabos conectados a tomada.

Então, a participante recebeu *feedback* do registro e treino proprioceptivo²¹, baseado na instrução verbal da contração muscular correta de forma semelhante à descrita em estudos prévios^{22,23}: I) “Contraia os músculos como se estivesse segurando a urina”; II) “Realize um movimento com os músculos para cima e para dentro”; III) “Inspire enquanto relaxa os músculos do assoalho pélvico e expire enquanto os contrai”; IV) “Não contraia os músculos do abdome, glúteo ou perna enquanto estiver contraindo os músculos do assoalho pélvico”. Os comandos verbais foram direcionados a participante de maneira pausada, para facilitar a percepção da contração.

Após 5 minutos de espera iniciou-se o protocolo de avaliação com a eletromiografia, sendo solicitadas 5 contrações voluntárias máximas (CVM) com intervalo de 10 segundos entre elas, para o registro do pico e da média das cinco CVM. Após intervalo de 1 minuto de repouso,

foram solicitadas 5 contrações voluntárias sustentadas (CVS) por 10 segundos com intervalo de 10 segundos entre elas, para o registro do pico e da média das cinco CVS. Após mais 1 minuto de repouso, foi solicitada a contração voluntária até fadiga (CVF) durante 60 segundos, para o registro do pico e da média da CVF. Esta contração mensurava o sinal elétrico muscular durante 1 minuto, sem interrupções ou descanso. A voluntária foi instruída a sustentar a contração antes do início da fase da CVF. Durante a aquisição do sinal, a pesquisadora monitorou os sinais gravados por meio do software que permitiu avaliação visual da contração (Figura 1).

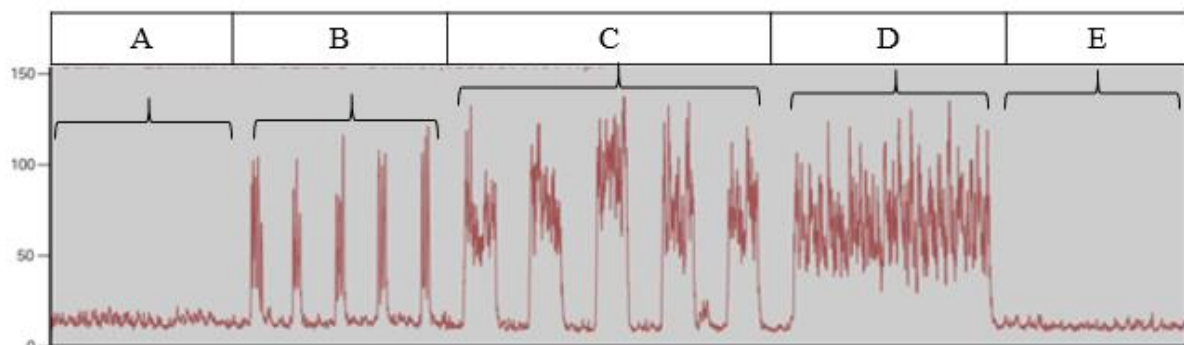


Figura 1 - Avaliação visual da contração do assoalho pélvico por meio do eletromiógrafo.

A – repouso inicial; B – série de CVM; C – série de CVS; D – CVF; E – repouso.

Análise estatística

Para as análises estatísticas as participantes foram alocadas em dois grupos, com e sem risco para disfunção sexual, conforme ponto de corte do FSFI em que o escore total menor ou igual a 26,55 indica presença de risco para DSF, de acordo com resultados prévios da literatura¹⁶. As análises estatísticas foram processadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, com nível de significância fixado em $p < 0.05$. Os dados foram submetidos ao teste de Kolmogorof-Smirnov para testar normalidade de distribuição. As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta (n) e relativa (%), já as variáveis numéricas foram descritas em média $\pm$ desvio padrão da média. Teste Qui-quadrado foi utilizado para comparar as variáveis categóricas e teste t de Student para as variáveis numéricas. A magnitude do efeito foi determinada pelo cálculo do r^2 , sendo considerado $r = 0,10$ como efeito pequeno, $r = 0,30$ como efeito médio e valores acima de 0,50 como grande efeito.

O cálculo amostral do presente estudo foi realizado no software G*Power (Düsseldorf, Germany), com nível de significância de 5%, considerando o poder de 80%, para obter um tamanho de efeito de 0,8, considerando as comparações de diferença entre dois grupos

independentes. O cálculo amostral final resultou na participação mínima de 42 mulheres.

Resultados

Participaram 45 universitárias, nulíparas e sexualmente ativas. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e uroginecológicas das mulheres com (n=33) e sem (n=12) risco para DSF. Não houve diferença estatisticamente significativa para as características apresentadas, exceto para frequência mensal da atividade sexual, na qual em média as participantes sem risco de DSF apresentaram frequência mensal maior em comparação ao grupo com risco para disfunção sexual (p=0.05).

Tabela 1 - Comparação entre as características sociodemográficas e uroginecológicas das participantes com e sem risco para disfunção sexual feminina.

Características sociodemográficas e uroginecológicas	Grupo com risco de disfunção sexual (n=33)	Grupos sem risco de disfunção sexual (n=12)	p-valor
Idade (anos), média ± DP	20,2±2,2	20,4±3,8	0,825
Raça, n (%)			
Branca	24 (53,3)	11 (24,4)	0,389
Parda	6 (13,3)	0	
Preta	2 (4,4)	1 (2,2)	
Amarela	1 (2,2)	0	
Estado civil, n (%)			
Solteira	33 (73,3)	11 (24,4)	0,094
Casada	0	1 (2,2)	
IMC (kg/cm ²), média ± DP	21,9±2,6	21,1±2,3	0,448
Uso de anticoncepcional, n (%)	20 (44,4)	9 (20,0)	0,372
Tabagista, n (%)	4 (8,8)	0	0,206
Idade da menarca, média ± DP	12,4±1,4	11,8±1,0	0,169
Idade de início da atividade sexual, média ± DP	16,4±1,5	16,5±1,1	0,976
Frequência da atividade sexual mensal, média ± DP	3,7±3,4	6,5±5,5	0,05*

Legenda. DP: desvio padrão, IMC: Índice de Massa Corporal, *p<0.05

A tabela 2 mostra que as mulheres sem risco de DSF apresentaram escores

estatisticamente mais altos em comparação às que possuíam risco para DSF para os seis domínios do FSFI, com magnitude de efeito moderado a alto, exceto para o domínio lubrificação. O escore de qualidade de vida foi mais alto para as mulheres sem risco de DSF, com diferença estatisticamente significativa apenas para o domínio relação social, com magnitude de efeito moderado. Os valores obtidos pelo registro eletromiográfico, apesar de em média serem superiores para as mulheres sem risco de DSF, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2 - Comparação entre os valores de função sexual, qualidade de vida e registro eletromiográfico das participantes com e sem risco de DSF.

Variável	Grupo com risco de disfunção sexual (n=33)	Grupos sem risco de disfunção sexual (n=12)	p-valor	r
Função sexual (FSFI total)	22,7±3,3	28,3±1,8	0,000*	0,73
Desejo	3,5±1,0	4,3±0,7	0,034*	0,31
Excitação	3,9±1,0	5,3±0,3	0,000*	0,67
Lubrificação	3,5±0,3	3,6±0,3	0,541	0,09
Orgasmo	3,3±0,6	4,0±0,6	0,001*	0,46
Satisfação	4,1±1,0	5,5±0,4	0,000*	0,67
Dor	4,2±1,3	5,5±0,6	0,000*	0,54
WHOQOL-100 (total)	80,3±8,4	86,2±8,8	0,047*	0,29
I - Físico	12,1±1,3	12,6±1,4	0,370	0,14
II – Psicológico	13,0±1,5	13,4±2,2	0,545	0,09
III - Independência	13,1±1,7	13,6±1,2	0,381	0,13
IV – Relações sociais	13,8±2,4	16,0±2,0	0,009*	0,38
V - Ambiente	13,6±1,9	14,6±2,0	0,159	0,21
VI – Aspectos espirituais	14,4±2,4	15,9±2,4	0,079	0,26
Eletromiografia/Contração				
Voluntária Máxima				
Pico (µV)	46,0±16,1	56,6±26,4	0,217	0,19
Média (µV)	26,8±7,8	30,6±12,6	0,345	0,14
Voluntária Sustentada				
Pico (µV)	46,5±15,7	53,3±25,0	0,391	0,13
Média (µV)	26,7±7,0	28,0±12,8	0,740	0,05

Voluntária até Fadiga				
Pico (μV)	46,7 $\pm$ 14,5	55,8 $\pm$ 27,5	0,293	0,16
Média (μV)	23,9 $\pm$ 6,4	26,6 $\pm$ 12,8	0,509	0,10

Nota: os dados estão apresentados em média $\pm$ desvio padrão da média, * $p < 0,05$ teste t de *Student* independente.

Discussão

O presente estudo revelou que mulheres jovens com risco para DSF apresentaram menor pontuação para qualidade de vida e piora nos diferentes domínios da função sexual (exceto para lubrificação), mas não apresentaram habilidade de contração da MAP diferente de mulheres sem risco para DSF. Para os autores do presente estudo, esta pesquisa destaca-se por avaliar o risco de DSF de mulheres jovens (faixa etária de 18 a 35 anos), nulíparas e sem doenças uroginecológicas associadas a função da MAP (como a incontinência urinária, fecal e/ou prolapso de órgãos pélvicos). Estudos prévios reportaram a associação da habilidade de contração da MAP com a função sexual de mulheres de meia idade^{10,12}, que apresentavam algum tipo de disfunção da MAP associada¹² ou mulheres que se encontravam no período pós-parto¹¹. Portanto, a associação da função sexual na função da MAP e na qualidade de vida de mulheres jovens e sem disfunções associadas ainda não está estabelecida.

As universitárias deste estudo que apresentaram o maior escore para qualidade de vida foram aquelas que não possuíam risco para DSF. Além disso, a função sexual pareceu estar relacionada as relações sociais de mulheres jovens sem DSF, uma vez que o domínio de relações sociais diferiu entre mulheres com e sem risco de DSF, sendo maior no último grupo. Entretanto, é difícil realizar a comparação dos resultados do presente estudo com pesquisa prévias, uma vez que os estudos que avaliaram a associação da função sexual e qualidade de vida incluíram mulheres com características sociodemográficas e uroginecológicas diferentes das participantes da presente pesquisa. Os nossos achados são semelhantes a resultados de pesquisas publicadas na literatura em amostras que incluíram gestantes²⁵, mulheres com risco de DSF entre 40 e 65 anos²⁶, mulheres no climatério²⁷ e mulheres obesas²⁸. Em todos os estudos, foi encontrada maior probabilidade ao risco de DSF nas mulheres com baixos escores de qualidade de vida. Portanto, é suposto que uma melhor qualidade de vida influencia positivamente a função sexual⁵. Esses resultados podem ser justificados pela influência das DSF na diminuição da autoestima e à associação das DSF aos desentendimentos nos relacionamentos interpessoais, que podem gerar um desgaste emocional para a mulher^{25,29} que, muitas vezes já apresenta desconfortos sociais e físicos por apresentar DSF^{29,30}.

De acordo com os resultados do presente estudo, a habilidade de contração de mulheres

jovens com risco para DSF não é diferente quando comparada a mulheres sem risco de DSF. Uma possível explicação para estes resultados pode estar relacionada a média de pico das CVM, CVS e CVF avaliadas por meio da eletromiografia, uma vez que em ambos os grupos a média das contrações foi inferior a 30 $\square$ V, o que pode representar uma fraqueza da MAP. Entretanto, não foram encontrados estudos prévios que mencionem o ponto de corte para classificar a MAP como fraca a partir dos valores encontrados na avaliação com o eletromiógrafo.

Os resultados deste estudo são contraditórios a estudos anteriores que reportaram a relação positiva entre a função da MAP e a função sexual de mulheres de meia idade^{10,12}, primigestas¹¹ e mulheres no climatério¹⁰. Contudo, nos estudos prévios, as mulheres com melhor função sexual apresentaram resultados maiores de contração da MAP. Isto pode ser explicado pois uma melhor função muscular poderia estar associada a uma melhor resposta do reflexo sensório-motor dos os músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso durante o orgasmo devido a inserção dos músculos nos corpos cavernosos do clitóris⁴. Entretanto, é válido destacar que as mulheres incluídas no presente estudo eram jovens, não haviam passado pela experiência da gestação ou do parto e não apresentaram sobrepeso ou obesidade. Sendo assim, as participantes não apresentaram fatores de risco associados a presença de disfunções da MAP, além da fraqueza muscular. De forma contrária, a maioria dos estudos que buscaram avaliar a relação entre a função sexual e a contração da MAP incluíram mulheres que apresentaram pelo menos um fator de risco para função da MAP. Portanto, uma possível justificativa para este resultado pode estar associada a ausência de outros fatores que poderiam influenciar a função da MAP na amostra da presente pesquisa.

Além disso, vale destacar que este estudo não permite inferir que apenas a função da MAP é preditora da função sexual de universitárias, uma vez que sabe-se que a avaliação da função sexual é complexa e que a sexualidade é um fenômeno multidimensional associado a diversos fatores, como os biológicos, psicológicos, ambientais, fisiológicos, socioculturais e interpessoais⁴.

Apesar de resultados publicados previamente na literatura associarem o baixo nível educacional à maior prevalência de DSF³¹, este estudo revelou que a maioria das universitárias apresentou risco para DSF. Além disso, os escores para função sexual e para qualidade de vida obtidos pelo grupo com risco de DSF foram inferiores em comparação ao grupo sem risco. Outro fator a se considerar foi que as universitárias sem risco para DSF apresentaram maior frequência de atividades sexuais, resultados que corroboram com estudos publicados anteriormente^{12,13}. Apesar da presente pesquisa incluir apenas universitárias, os achados desta

pesquisa revelam a necessidade da adoção de medidas de promoção da saúde para mulheres jovens, uma vez que a DSF interfere negativamente na saúde e mulheres sem DSF apresentam maior bem-estar biológico, emocional e social³². Aspectos como a imagem corporal^{33,34} e o estilo de vida³⁵ estão associados a uma boa função sexual e poderiam ser utilizados como estratégias de promoção e prevenção a saúde. Além disso, a World Health Organization (WHO) preconiza que programas voltados para educação sexual de mulheres podem ser benéficos para prevenir a alta prevalência de risco para DSF ³⁶. Resultados de uma pesquisa prévia que incluiu mulheres casadas reportaram uma melhora da função sexual das participantes após intervenções de educação em saúde, com foco na função sexual³⁷. De maneira similar, uma revisão sistemática recente concluiu que programas de educação em saúde com enfoque na educação sexual são benéficos para melhorarem a vida sexual de mulheres climatéricas com DSF³⁸. Além disso, vale salientar a necessidade de orientações com intenção de aumentar a propriocepção e conscientização da MAP para a população jovem, visto que poucas ações são realizadas com tal objetivo³⁹.

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se o baixo número amostral, uma vez que apenas 12 mulheres compuseram o grupo de mulheres sem risco para DSF. Outro fator que pode ter sido limitante foi a disponibilidade de apenas um canal no eletromiógrafo que avaliou a habilidade de contração da MAP, o que não nos permitiu realizar a monitorização da contração da musculatura acessória durante a contração da MAP. Além disso, a utilização de anticoncepcionais e/ou tabagismo não foram considerados critérios de exclusão deste estudo. Portanto, não foi possível realizar o controle da influência destas variáveis durante a análise de dados.

Conclusões

Os resultados deste estudo sugerem que mulheres jovens com risco para DSF apresentam piora nos diferentes domínios da função sexual (exceto para lubrificação), comparativamente as mulheres sem risco para DSF. Da mesma forma, mulheres com risco para DSF apresentaram menor pontuação para qualidade de vida, interferindo negativamente principalmente no domínio das relações sociais. Curiosamente, apesar dos valores obtidos no registro eletromiográfico para a contração voluntária da MAP serem superiores para as mulheres sem risco de DSF, as diferenças encontradas em média não foram estatisticamente significativas entre mulheres com e sem risco de DSF.

Referências:

1. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. :13.
2. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2004;1(1):35-39. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
3. Finotelli Júnior Í, Capitão CG. Evidências de validade da versão brasileira da Escala de Autoeficácia Sexual - Função Erétil. *Psico-USF*. 2011;16(1):45-55. doi:10.1590/S1413-82712011000100006
4. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and Physiology of Female Sexual Function and Dysfunction. *Eur Urol*.:10.
5. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. ORIGINAL RESEARCH—PSYCHOLOGY: The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(10):2690-2697. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x
6. Rosenbaum TY. REVIEWS: Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A Literature Review. *The Journal of Sexual Medicine*. 2007;4(1):4-13. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00393.x
7. Messelink B, Benson T, Berghmans B, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):374-380. doi:10.1002/nau.20144
8. de Luca C. The use of surface electromyography in biomechanics. *Journal of Applied Biomechanics*. 1997;13(2):135-163.
9. Deschenes MR, Giles JA, McCoy RW, Volek JS, Gomez AL, Kraemer WJ. Neural factors account for strength decrements observed after short-term muscle unloading. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2002;282(2):R578-R583. doi:10.1152/ajpregu.00386.2001
10. de Menezes Franco M, Driusso P, Bø K, et al. Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: a cross-sectional study. *International Urogynecology Journal*. 2017;28(6):931-936. doi:10.1007/s00192-016-3211-5
11. Santos MD, Palmezoni VP, Torelli L, Baldon VSP, Sartori MGF, Resende APM. Evaluation of pelvic floor muscle strength and its correlation with sexual function in

primigravid and non-pregnant women: A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*. 2018;37(2):807-814. doi:10.1002/nau.23353

12. Kanter G, Rogers RG, Pauls RN, Kammerer-Doak D, Thakar R. A strong pelvic floor is associated with higher rates of sexual activity in women with pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*. 2015;26(7):991-996. doi:10.1007/s00192-014-2583-7

13. Sartori DVB, Kawano PR, Yamamoto HA, Guerra R, Pajolli PR, Amaro JL. Pelvic floor muscle strength is correlated with sexual function. *Investig Clin Urol*. 2021;62(1):79-84. doi:10.4111/icu.20190248

14. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. VALIDAÇÃO DO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) PARA USO EM LÍNGUA PORTUGUESA. :5.

15. Pacagnella R de C, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2333-2344. doi:10.1590/S0102-311X2009001100004

16. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005;31(1):1-20. doi:10.1080/00926230590475206

17. Fleck MP de A, Leal OF, Louzada S, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28. doi:10.1590/S1516-44461999000100006

18. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. *Conexões*. 2011;9(1):130-156. doi:10.20396/conex.v9i1.8637717

19. Merletti, AR. Standards for Reporting EMG Data. 1999. <http://www.seniam.org/>.

20. Moretti E, de Moura Filho AG, de Almeida JC, Araujo CM, Lemos A. Electromyographic assessment of women's pelvic floor: What is the best place for a superficial sensor? *Neurourology and Urodynamics*. 2017;36(7):1917-1923. doi:10.1002/nau.23212

21. Bo K, Sherburn M. Evaluation of Female Pelvic-Floor Muscle Function and Strength. *Physical Therapy*. March 2005. doi:10.1093/ptj/85.3.269

22. Silva, JB, Sato TO, Rocha APR, Driusso P. Comparative intra- and inter-rater reliability of maximal voluntary contraction with unidigital and bidigital vaginal palpation and construct validity with Peritron manometer. *Neurourology and Urodynamics*. 2019;39(2):721-731. doi:<https://doi.org/10.1002/nau.24263>

23. Silva JB, Oliveira Sato T, Rocha APR, Driusso P. Inter- and intrarater reliability of unidigital and bidigital vaginal palpation to evaluation of maximal voluntary contraction of pelvic floor muscles considering risk factors and dysfunctions. *Neuourology and Urodynamics*. November 2020. doi:10.1002/nau.24566
24. Field A. *Descobrimos a Estatística Usando o SPSS*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
25. Bezerra IFD, Sousa VPS de, Santos LC dos, Viana E de SR. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2015;37(6):266-271. doi:10.1590/SO100-720320150005254
26. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério J, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;120(3):271-274. doi:10.1016/j.ijgo.2012.09.023
27. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *Journal of Women & Aging*. 2018;30(4):299-309. doi:10.1080/08952841.2017.1395539
28. Bilgic D, Gokyildiz S, Kizilkaya Beji N, Yalcin O, Gungor Ugurlucan F. Quality of life and sexual function in obese women with pelvic floor dysfunction. *Women & Health*. 2019;59(1):101-113. doi:10.1080/03630242.2018.1492497
29. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(12):2877-2880. doi:10.7860/JCDR/2013/6813.3822
30. Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, Khani A, Direkvand-Moghadam A, Najafi F. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2015;17(1). doi:10.5812/ircmj.24685
31. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160-166. doi:10.1038/sj.ijir.3901198
32. Nwagha U, Oguanuo T, Ekwuazi K, et al. Prevalence of sexual dysfunction among females in a university community in Enugu, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2014;17(6):791. doi:10.4103/1119-3077.144401
33. Afshari P, Houshyar Z, Javadifar N, Pourmotahari F, Jorfi M. The Relationship Between Body Image and Sexual Function in Middle-Aged Women. *Electron Physician*. 2016;8(11):3302-3308. doi:10.19082/3302

34. Nazarpour S, Simbar M, Khorrami M, Jafari Torkamani Z, Saghafi R, Alavi-Majd H. The association between sexual function and body image among postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2021;21:403. doi:10.1186/s12905-021-01549-1
35. Abedi P, Jorfi M, Afshari P, Fakhri A. How does health-promoting lifestyle relate to sexual function among women of reproductive age in Iran? *Glob Health Promot*. 2018;25(3):15-21. doi:10.1177/1757975917706831
36. World Health Organization. Sexual health-a new focus for WHO. 2005.
37. Moghadam ZB, Rezaei E, Yalegonbadi FK, Arzaqi SM, Tavakol Z, Yari F. The Effect of Sexual Health Education Program on Women Sexual Function in Iran. :5.
38. Silva I, Pinto M, Gonçalves D. Educational Programs and Sexual Counselling for Postmenopausal Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* . 2022;19(1):54-63. doi:doi: 10.1016/j.jsxm.2021.09.017
39. Henderson JW, Wang S, Egger MJ, Masters M, Nygaard I. Can Women Correctly Contract Their Pelvic Floor Muscles Without Formal Instruction?: *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. 2013;19(1):8-12. doi:10.1097/SPV.0b013e31827ab9d0