

Efeito do tônus do corpo perineal nas disfunções sexuais em mulheres jovens nulíparas

Effect of perineal body tone on sexual dysfunctions in young nulliparous women

Lais Eduarda Michalczyzyn¹, Lidiane de Borba Lazarin¹,
Josiane Lopes²

Resumo

Objetivo: avaliar o tônus do corpo perineal em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com as funções sexuais e a presença de disfunção sexual. **Método:** foi realizado um estudo descritivo, observacional, transversal utilizando uma amostra de conveniência incluindo mulheres adultas jovens nulíparas. A avaliação das participantes consistiu na aplicação dos questionários socioclínico, *Pelvic Organ Prolaps / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12), *Female Sexual Function Index* (FSFI) e exame físico do tônus do corpo perineal. Os dados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 23, adotando um nível de significância de 5%. **Resultados:** participaram 77 mulheres jovens nulíparas (21,68 ± 2,94 anos), destas 77, 92% apresentavam vida sexual ativa e 66,03% tônus normal do corpo perineal. Dentre as alterações tônicas, o aumento do tônus predominou (33,76%). Houve alta prevalência de disfunção sexual (87,01%) pelo FSFI (23,38 ± 7,21) com maior queixa de dispareunia. Mulheres com tônus aumentado apresentaram maior disfunção sexual em relação a desejo e estímulo subjetivo (p=0,04), à excitação (p=0,01), satisfação (p=0,04) e dor ou desconforto (p=0,03). Houve correlação inversa entre a presença de aumento do tônus e os domínios FSFI desejo e estímulo subjetivo (R= - 0,56) e excitação (R= - 0,34) e correlação direta para dor ou desconforto (R= 0,30). **Conclusão:** o aumento do tônus do corpo perineal piora a função sexual de mulheres jovens nulíparas.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Diafragma da pelve; Périneo; Distúrbios do assoalho pélvico; Saúde sexual.

Abstract

Objective: to evaluate the tone of the perineal body in young nulliparous women and correlate it with sexual functions and the presence of sexual dysfunction. **Method:** a descriptive, observational, cross-sectional study was carried out using a convenience sample including nulliparous young adult women. The evaluation of the participants consisted of the application of the socio-clinical questionnaires, *Pelvic Organ Prolaps / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-12), *Female*

¹ Graduanda em Fisioterapia na Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), Guarapuava, Paraná, Brasil.

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, Paraná, Brasil. Docente Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), Guarapuava, Paraná, Brasil. *E-mail:* jolopes@unicentro.br

Sexual Function Index (FSFI) and physical examination of the tone of the perineal body. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), version 23, adopting a significance level of 5%. **Results:** 77 young nulliparous women (21.68 ± 2.94 years) participated, of which 77, 92% had an active sexual life and 66.03% had normal tone of the perineal body. Among the tonic changes, increased tone predominated (33.76%). There was a high prevalence of sexual dysfunction (87.01%) according to the FSFI (23.38 ± 7.21) with greater complaints of dyspareunia. Women with increased tone had greater sexual dysfunction in relation to desire and subjective stimulation ($p=0.04$), excitement ($p=0.01$), satisfaction ($p=0.04$) and pain or discomfort ($p=0.03$). There was an inverse correlation between the presence of increased tone and the FSFI domains desire and subjective stimulus ($R= - 0.56$) and excitement ($R= - 0.34$) and a direct correlation for pain or discomfort ($R= 0.30$). **Conclusion:** increased perineal body tone worsens sexual function in young nulliparous women.

Keywords: Women's health; Pelvic floor; Perineum; Pelvic floor disorders; Sexual health.

Introdução

O corpo perineal ou centro tendíneo do períneo é uma estrutura anatômica fibromuscular em formato piramidal, localizado entre a parede retal anterior e a parede vaginal posterior.⁽¹⁾ Essa estrutura é um ponto de convergência e inserção de músculos pélvicos, fâscias e esfíncteres, a qual desempenha papel importante na estabilidade perineal, suporte da musculatura do assoalho pélvico (MAP), no equilíbrio das forças biomecânicas, na integração das funções anorretais e urogenitais, além de promover proteção e posicionamento de órgãos pélvicos. Para o bom desempenho de todas essas funções, o corpo perineal necessita de um tônus adequado da região.⁽²⁾

O tônus muscular resulta de componentes ativos (contração muscular) e passivos (propriedades viscoelásticas).⁽³⁾ Ele é definido como a resistência ou tensão do músculo em repouso ou em resposta a alongamento passivo ou aplicação de pressão externa.⁽⁴⁾ Alterações de tônus muscular na MAP, em indivíduos sem alterações neurológicas, podem se manifestar como tônus normal, diminuído ou aumentado. Condições de tônus diminuído são observadas em indivíduos com incontinência urinária e/ou fecal, enquanto que o tônus aumentado pode ser observado em casos de constipação intestinal e disfunção sexual (DS).⁽⁵⁾

A sexualidade faz parte do desenvolvimento humano, sendo um conjunto de características e formas de expressar sentimento, desejo, prazer

e afeto, podendo ser vivenciada através de pensamentos, atitudes, comportamentos, fantasias e práticas. A sexualidade é cada vez mais reconhecida como um dos indicadores de qualidade de vida, sendo sua relação com a saúde sexual entendida como bem-estar físico, psicológico e social. Portanto, a sexualidade, sobretudo a satisfação e o prazer sexual, têm grande importância na promoção da saúde global e do bem-estar do indivíduo.⁽⁶⁾ O ciclo da resposta sexual acontece em decorrência de várias fases sequenciadas e interligadas entre si, sendo elas: desejo, excitação e orgasmo.⁽⁷⁾ Quando há algum transtorno em uma ou mais destas fases, a função sexual é afetada, resultando em DS, um problema comum entre mulheres que interfere em sua qualidade de vida, influenciando na capacidade das mulheres responderem sexualmente e/ou experienciarem prazer sexual.⁽⁸⁾

Segundo Rogers e colaboradores (2018),⁽⁹⁾ mais de 40% das mulheres, em algum momento da vida, irão experienciar problemas sexuais. A DS feminina é classificada em três domínios: transtorno do orgasmo, transtorno do interesse/excitação sexual e transtorno da dor gênito pélvica/penetração. A presença de DS só é confirmada se há duração mínima de seis meses dos sintomas, além disso, os sintomas devem estar presentes entre 75% e 100% do tempo.⁽¹⁰⁾

As DS femininas podem estar relacionadas a diversos fatores. A função sexual resulta da interação de fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais, aspectos

interpessoais e intrapessoal, condições médicas, estilo de vida.⁽¹¹⁾ Enfatiza-se a influência da MAP tanto na função como na resposta sexual feminina, pois a DS é uma condição geralmente comum em mulheres que apresentam queixas de distúrbios da MAP.⁽¹²⁾ Desta forma, reconhecendo-se que há uma relação estreita entre a sexualidade e a MAP, é de grande importância que ambas sejam avaliadas em conjunto para mulheres que apresentam disfunção da MAP ou queixa sexual. A avaliação da MAP, priorizando queixas sexuais, deve ser direcionada ao corpo perineal, área de convergência de todos os feixes musculares desta musculatura e o primeiro a responder mediante às DS.⁽¹³⁾

Na prática clínica observa-se que muitas mulheres adultas jovens nulíparas, mesmo sem uma doença aparente, apresentam importantes alterações na MAP. A função sexual pode influenciar nos aspectos sensório-motores da MAP e interferir na qualidade de vida em mulheres adultas jovens. Sugere-se que, quanto mais cedo as disfunções da MAP se instalem, maiores serão as futuras repercussões clínicas para as mulheres acometidas. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o tnus do corpo perineal em mulheres jovens nulíparas e correlacionar com as funções sexuais e a presença de DS.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal desenvolvido na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) aprovado pelo Comit de tica em Pesquisa (CEP) da Unicentro (Parecer n 5.299.509). As participantes foram recrutadas por meio de divulgação nos grupos de WhatsApp® dos cursos da área da saúde do *campus* do Centro Educacional de Desenvolvimento Tecnológico de Guarapuava (Cedeteg) da Unicentro, redes sociais e convite presencial em salas de aula e fixação de cartazes nos *campi* universitários Cedeteg e Santa Cruz da Unicentro.

A amostra foi do tipo conveniência, sendo recrutadas as mulheres que contemplaram os critérios de elegibilidade e desejaram participar do

estudo. Os critérios de inclusão foram: 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: participantes com doenças neurológicas, infecção urinária ou vaginal ativa, vaginismo, doença renal, cirurgia uroginecolgica, malformação uroginecolgica, diagnóstico de câncer pélvico atual ou progresso ou que apresentassem alterações cognitivas. Após o aceite do convite, preenchendo os critérios de inclusão, as participantes recebiam o *link* do Google Forms via WhatsApp® ou através do acesso por QR Code disponibilizado. O conteúdo inicial do *link* apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após a leitura e anuência por meio do clique no ícone "Aceito Participar da Pesquisa", era liberado o acesso para responder os questionários socioclnico, *Pelvic Organ Prolaps / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire* (PISQ-S2) e *Female Sexual Function Index* (FSFI). Foram utilizadas as versões dos instrumentos em português validadas para a população brasileira. Após o autopreenchimento de tais questionários, era agendado o exame físico.

O questionário socioclnico foi desenvolvido especificamente para este estudo, constituído por um formulário para coleta de dados pessoais e clínicos (nome, idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação profissional, peso e altura, e questões sobre vida sexual).

O instrumento PISQ-12 é composto por 12 questões e avalia a função sexual da mulher com disfunções das MAP. O escore pode variar de 0 a 48 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor é considerada a função sexual.⁽¹⁴⁾

O instrumento FSFI avalia a função sexual na busca da DS.⁽¹⁵⁾ Ele é composto por 19 questões em seis domínios da resposta sexual: 1) desejo e estímulo subjetivo; 2) excitação; 3) lubrificação; 4) orgasmo; 5) satisfação; e 6) dor ou desconforto, onde 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 ou desconforto/0,4). A pontuação final é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio, que podem variar de 2 a 36. Quanto maior o escore, melhor a função sexual. O ponto de corte para caracterizar DS é $\leq 26,55$ pontos.⁽¹⁶⁾ 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.⁽¹⁷⁾

O exame físico do tônus do corpo perineal foi realizado pelo mesmo avaliador em sala isolada, silenciosa e em temperatura ambiente e de modo individual. Antes de iniciar o exame, a participante era orientada a urinar. A participante deitava-se na maca em posição litotômica estando a região pélvica totalmente desnuda e coberta por um lençol descartável. Utilizando uma luva descartável, para avaliação da tonicidade do corpo perineal, o examinador realizava uma pressão suportável sobre a estrutura. Quando encontrada uma consistência elástica a resposta era tônus normal, na presença de resistência a resposta era tônus aumentado e não encontrando consistência elástica a resposta era tônus diminuído.⁽⁵⁾

Para a análise dos dados socioclínicos foram utilizadas estatísticas descritivas e medidas de fre-

quência. A distribuição de normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e de acordo com esta distribuição os dados foram apresentados em médias e desvio-padrão. A comparação dos grupos com e sem alteração de tônus foi realizada pelo teste *t* de amostras independentes. Análises de correlação foram realizadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson considerando os valores de correlação conforme segue: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,6$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte).⁽¹⁸⁾ A significância estatística adotada foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 23.0.

Resultados

A amostra foi constituída por 77 mulheres adultas jovens nulíparas, a maioria solteira, com nível superior de escolaridade e sem alterações em relação ao Índice de Massa Corpórea. O tônus normal do corpo perineal predominou. Dentre os casos que apresentaram alteração do tônus do corpo perineal, o aumento do tônus se destacou. No que diz respeito à função sexual, a pontuação do PISQ-12 indicou boa função sexual para a amostra (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioclínica da amostra.

Variáveis	N (%)
Estado civil (solteira / casada)	74 (96,10) / 3 (3,89)
Nível de escolaridade (superior incompleto / médio)	55 (71,43) / 22 (28,57)
Ocupação profissional (sim / não)	21 (27,27) / 56 (72,72)
Tônus do corpo perineal (0 / 1 / 2)	47 (61,03) / 4 (5,19) / 26 (33,76)
Variáveis	Média \pm DP
Idade (anos)	21,68 \pm 2,94
IMC (kg/m ²)	23,93 \pm 4,47
PISQ-12	39,29 \pm 4,97

Legenda: N: número de indivíduos; DP: desvio-padrão; IMC: Índice de Massa Corpórea; PISQ-12: *Pelvic Organ Prolaps / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire*; (Tônus do corpo perineal: 0=normal, 1=tônus diminuído, 2=tônus aumentado).

Fonte: as autoras.

Dados relacionados 3 sexualidade da amostra s3o apresentados na Tabela 2, a seguir. A maioria das participantes era sexualmente ativa com parceiro fixo. As participantes com vida sexual ativa relataram uma m3dia de frequ3ncia de rela33o sexual por m3s de $3,72 \pm 0,06$ vezes. A maioria das participantes praticava masturba33o, sentia prazer durante a rela33o sexual, n3o relatava dor durante a rela33o sexual nem durante a penetra33o e sentia prazer durante a penetra33o vaginal. Cerca de metade das participantes usava m3todo de preven33o contra doen3as sexualmente transmiss3veis (DST) e a maioria utilizava algum m3todo contraceptivo (*vide* Quadro 1).

Tabela 2 - Aspectos relacionados 3 sexualidade da amostra.

Vari3veis	N (%)
Vida sexual	
Ativa	60 (77,92)
Inativa	17 (22,07)
Parceiro fixo	54 (70,12)
Mais de um parceiro sexual	9 (11,68)
Sem parceiro	14 (18,18)
M3todos contraceptivos	
Sim	71 (92,20)
N3o	6 (7,79)
Pr3tica de masturba33o	
Sim	55 (71,42)
N3o	22 (28,57)
Prazer durante a rela33o sexual	
Sim	72 (93,50)
N3o	5 (6,49)
Dor durante a rela33o sexual	
Sim	22 (28,57)
N3o	55 (71,42)
Dificuldade de penetra33o	
Sim	21 (27,27)
N3o	56 (72,72)
Prazer durante penetra33o	
Sim	63 (81,81)
N3o	14 (18,18)

Legenda: N: n3mero de indiv3duos.

Fonte: as autoras.

Quadro 1 - Frequência dos métodos contraceptivos utilizados pela amostra.

Métodos contraceptivos	N (%)
Preservativo masculino	42 (54,54)
Pílula anticoncepcional	35 (45,45)
DIU hormonal	6 (7,79)
DIU de cobre	4 (5,19)
Adesivo	1 (1,29)
Implantes	3 (3,89)
Injetável	4 (5,19)
Nenhum	6 (7,79)

Legenda: N: número de indivíduos; DIU: dispositivo intrauterino.

Fonte: as autoras.

A queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente associado à tentativa de penetração ou à penetração vaginal completa (dispareunia) foi a principal queixa quanto às DS. A anorgasmia foi

considerada como a falta do orgasmo ou retardo da resposta do prazer. A frouxidão vaginal foi relatada pelas mulheres como uma sensação de alargamento da vagina (Quadro 2).

Quadro 2 - Frequência dos sintomas de disfunção sexual.

Sintomas de disfunção sexual	N (%)
Dispareunia	23 (29,87)
Frouxidão vaginal	4 (5,19)
Anorgasmia	3 (3,89)
Falta de prazer	2 (2,59)
Nenhum	45 (58,44)

Legenda: N: número de indivíduos.

Fonte: as autoras.

O instrumento FSFI registrou média do escore total abaixo do ponto de corte ($\leq 26,5$ pontos) confirmando as DS da amostra, assim como o PISQ-12. É possível evidenciar que, dentre as

participantes que apresentaram DS, os menores valores, indicando piores domínios do FSFI foram satisfação, desejo e estímulo subjetivo e excitação (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracteriza33o da fun33o sexual da amostra segundo o FSFI.

FSFI (dom3nios)	Ponto de corte (\leq)	M3dia \pm DP (N=77)	Com disfun33o sexual M3dia \pm DP (N=67)	Sem disfun33o sexual M3dia \pm DP (N=10)
Desejo/est3mulo subjetivo	4,28	4,16 \pm 3,50	3,22 \pm 1,03	5,22 \pm 0,67
Excita33o	5,08	3,36 \pm 1,15	3,32 \pm 1,41	5,71 \pm 0,29
Lubrifica33o	5,45	4,24 \pm 1,33	3,67 \pm 1,21	5,80 \pm 0,20
Orgasmo	5,05	3,96 \pm 1,13	3,91 \pm 0,91	5,37 \pm 0,31
Satisfa33o	5,04	2,94 \pm 1,16	2,78 \pm 0,99	5,18 \pm 0,10
Dor ou desconforto	5,51	4,40 \pm 1,53	4,55 \pm 0,93	5,73 \pm 0,17
Escore total	26,55	23,38 \pm 7,21	22,15 \pm 2,25	31,40 \pm 4,36

Legenda: FSFI: *Female Sexual Function Index*; DP: desvio-padr3o; N: n3mero de indiv3duos.

Fonte: as autoras.

Na Tabela 4 est3o apresentados os dados da compara33o entre os grupos com e sem hipertonia quanto 3 fun33o sexual pelo FSFI. Houve diferen3a estatisticamente significativa entre os grupos, para os dom3nios desejo e est3mulo subjetivo, excita33o, satisfa33o e dor ou desconforto, sendo que o grupo que apresentou hipertonia apresentou as menores pontua33es indicando presen3a de DS.

Tabela 4 - Valores de FSFI distribu3dos entre os grupos com e sem hipertonia.

FSFI	Ponto de corte (\leq)	Com hipertonia (N=26)	Sem hipertonia (N=51)	<i>p</i>
Desejo/est3mulo subjetivo	4,28	3,70 \pm 0,33	5,00 \pm 0,17	0,04*
Excita33o	5,08	3,12 \pm 0,90	5,43 \pm 0,29	0,01*
Lubrifica33o	5,45	4,59 \pm 0,45	5,57 \pm 0,11	0,05
Orgasmo	5,05	3,91 \pm 0,91	5,39 \pm 0,19	0,06
Satisfa33o	5,04	2,88 \pm 0,80	5,18 \pm 0,21	0,04*
Dor ou desconforto	5,51	4,72 \pm 0,45	5,82 \pm 0,14	0,03*
Escore total	26,55	24,15 \pm 1,87	33,57 \pm 4,15	0,05

Legenda: FSFI: *Female Sexual Function Index*; N: n3mero de indiv3duos. *Valores com $p < 0,05$.

Fonte: as autoras.

Houve correla33o inversa entre a presen3a de hipertonia e os dom3nios FSFI desejo e est3mulo subjetivo e excita33o e correla33o direta para dor ou desconforto (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre nível de disfunções sexuais e presença de hipertonia.

FSFI	R
	valor- <i>p</i>
	Hipertonia
Desejo e estímulo subjetivo	-0,56 0,04*
Excitação	-0,34 0,02*
Lubrificação	-0,90 0,43
Orgasmo	0,12 0,29
Satisfação	0,16 0,14
Dor ou desconforto	0,30 0,01*
Escore total	0,15 0,08

Legenda: FSFI: *Female Sexual Function Index*. R: coeficiente de correlação de Pearson. *Valores com $p < 0,05$.

Fonte: as autoras.

Discussão

Altos índices de DS entre a população feminina jovem têm sido evidenciados na literatura.⁽¹⁹⁻²⁰⁾ Considerando que as DS são multifatoriais, surge a necessidade da realização de estudos que analisem suas possíveis influências causadoras em mulheres jovens nulíparas, promovendo maior conhecimento sobre a sexualidade, levando em consideração o impacto que a função sexual causa na qualidade de vida do ser humano.⁽²¹⁾

O estado civil muitas vezes pode influenciar em questões sexuais. A amostra do presente estudo era majoritariamente solteira com alta frequência de DS (87,01%). Alves (2021)⁽¹⁹⁾ realizou uma pesquisa com 155 mulheres acadêmicas do curso de Fisioterapia, maiores de 18 anos, onde a prevalência de DS foi de 52,9%; destas participantes, 133 (85,8%) eram solteiras e corresponderam ao maior

número da amostra apresentando DS (90,2%). Bezerra *et al.* (2018)⁽²⁰⁾ também atestaram uma alta prevalência de DS no público feminino jovem em amostra de 212 mulheres acadêmicas de Enfermagem (197 solteiras e 206 nulíparas) com média de idade de 22,3 anos. Foi verificado que as participantes solteiras apresentaram maiores índices de DS, equivalente a 96,3% da amostra. Ambos os autores avaliaram a função sexual das participantes utilizando o instrumento FSFI (mesmo instrumento do presente estudo), onde foi evidenciado um escore total médio abaixo do ponto de corte, corroborando o achado do presente estudo.

A frequência mensal de relações sexuais da amostra deste estudo foi baixa ($3,72 \pm 0,06$ vezes/mês). Em divergência, um estudo⁽²²⁾ avaliou a frequência sexual de jovens universitárias sendo a frequência de relações sexuais de uma a duas vezes por semana. Essa diferença pode ser esclarecida

quando comparada a presença de DS, a qual foi baixa entre as participantes. A maioria da amostra utilizava algum método contraceptivo, todavia foi notório e preocupante a baixa porcentagem de participantes que usavam método de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis, similar a uma pesquisa⁽²³⁾ realizada com jovens universitárias, evidenciando que apenas 29,9% utilizavam preservativos como meio de prevenção.

Este estudo evidenciou a presença de DS associadas à MAP considerada a pontuação obtida pelo PISQ-12. As disfunções do AP ocorrem devido à atividade ou função anormal da MAP. Dessa forma, é essencial a integridade dessa musculatura reconhecida como crucial para uma boa função sexual.⁽²⁴⁾ Essa função anormal é caracterizada pelo aumento da atividade (aumento de tônus) ou diminuição da atividade (diminuição de tônus) dessa estrutura⁽²⁵⁾ e pode ainda ser nominada como não funcional (ausência de atividade muscular).⁽²⁶⁾ Entre mulheres com alguma disfunção do MAP, a prevalência de DS é estimada em cerca de 50 a 83% nas mulheres sexualmente ativas, incidência essa maior do que a encontrada na população geral, a qual varia de 30 a 50%.⁽²⁷⁾ Foi relatado, que entre mulheres em tratamento devido a alguma disfunção da MAP, a presença de DS estava relacionada diretamente com o aumento de tônus.⁽²⁵⁾ Em relação à sintomatologia das DS, mulheres sexualmente ativas com disfunções da MAP estão mais propensas a apresentar redução do desejo sexual, da excitação, da frequência e intensidade de orgasmos, da satisfação e aumento de dor durante relação sexual.^(24,26)

Na análise dos sintomas de DS, a dispareunia foi a queixa principal, sendo registrada uma prevalência de 29,87%. Em consenso aos dados do presente estudo, Purificação *et al.* (2021)⁽²²⁾ e Alidost *et al.* (2021)⁽²⁸⁾ relataram dados semelhantes, onde a queixa de dor foi a mais comum entre as mulheres, com prevalência de 22,5% e de 39%, respectivamente. Nesses estudos, a dispareunia impactou no bem-estar físico e mental, sendo causa de problemas sexuais. Em um estudo comparativo entre mulheres com e sem dispareunia, além da dor, mulheres com dispareunia apresentaram menor

desejo sexual, excitação e lubrificação, dados esses justificados por escores mais baixos no FSFI.⁽²⁹⁾

A análise das DS foi realizada considerando o FSFI, devido ao seu uso extenso conforme a literatura. Dentre as participantes com DS, este estudo apresentou como os domínios mais afetados do FSFI a satisfação, o desejo e estímulo subjetivo e a excitação. Tais resultados são semelhantes aos encontrados por Madbouly *et al.* (2020),⁽²¹⁾ que identificaram que os domínios mais afetados foram desejo e estímulo subjetivo, excitação e orgasmo. No presente estudo, o domínio com pior escore foi satisfação, o que difere de Madbouly *et al.* (2020)⁽²¹⁾ em que o domínio satisfação não esteve entre os mais afetados, já que as participantes da amostra eram casadas. No presente estudo, acredita-se que este fato tenha sua relação com o estado civil (predomínio de mulheres solteiras), visto que, de modo geral, considera-se que a satisfação sexual tem sua relação com satisfação conjugal e estado civil. Hipótese essa que foi previamente argumentada por Bezerra *et al.* (2018)⁽²⁰⁾ relatando a importância do parceiro sexual e das relações conjugais na resposta sexual satisfatória.

Na abordagem temática em relação ao tônus do corpo perineal do presente estudo foi enfatizado o aumento do tônus, visto que foram encontrados apenas 4 casos de diminuição de tônus. Há ainda uma escassez de informações na literatura abordando alterações de tônus especificamente do corpo perineal, inviabilizando um aprofundamento desta discussão. Entretanto, um estudo evidenciou que o aumento do tônus muscular da MAP é o fator determinante na hiperatividade do assoalho pélvico, uma desordem da ativação muscular, e ambos os componentes passivo/viscoelástico e ativo/contrátil então envolvidos no desenvolvimento desta condição, quando a MAP apresenta uma tensão excessiva em repouso,⁽³⁰⁾ sendo incapaz de relaxar ou permanece em contração quando o relaxamento fisiológico é necessário (ex: micção, evacuação).

Com relação às disfunções da MAP, foi relatado anteriormente que mulheres com a MAP com aumento de tônus apresentaram pior função sexual quando comparadas às mulheres com a MAP com

tônus diminuído.⁽²⁶⁾ A função sexual é claramente afetada devido à hiperatividade da MAP e os transtornos da dor gênito pélvica/penetração são os mais comuns.⁽³¹⁾ Sendo possível evidenciar essa relação no presente estudo, uma vez que a principal queixa em relação aos sintomas de DS da amostra foi dispareunia. Além de sintomas dolorosos, mulheres com aumento do tônus do assoalho pélvico também referem menor desejo sexual, excitação, satisfação, maior dificuldade em atingir orgasmo, menor frequência sexual e mais atitudes negativas em relação à sexualidade,⁽³¹⁾ corroborando a análise de dados realizados sobre presença de aumento do tônus e sua relação com os domínios do FSFI.

Foi evidenciada uma correlação direta entre a presença de aumento do tônus e dor ou desconforto, ou seja, quanto maior o aumento do tônus, maior a dor ou desconforto. Esse achado pode ser justificado pelo tônus aumentado do assoalho pélvico, o qual é capaz de reduzir o fluxo sanguíneo na vulva e vagina durante a estimulação sexual e, conseqüentemente, a lubrificação, visto que o aumento da tensão muscular combinado à redução da lubrificação pode resultar em dor durante a relação sexual devido à maior fricção e a danos na mucosa vaginal. Além disso, em muitos casos a relação sexual sem excitação se torna dolorosa justamente em decorrência ao aumento da atividade muscular da MAP, podendo essa ser uma resposta protetora de experiências sexuais dolorosas prévias ou estressores físicos e/ou psicológicos.⁽²⁶⁾ Como consequência de experiências sexuais dolorosas, nota-se uma diminuição do desejo sexual, a antecipação da dor pode também reduzir a excitação, a lubrificação e a probabilidade de experienciar orgasmos.⁽³²⁾ Essa ação pode se tornar um ciclo, justificando a relação encontrada entre a presença de dor e o aumento de tônus, e como tal alteração tônica resulta em prejuízos nos domínios de desejo e estímulo subjetivo e excitação.

Este estudo apresentou algumas limitações. Houve baixa adesão das mulheres à coleta de dados, muitas que responderam os questionários não compareceram ao exame físico por se tratar de uma avaliação em que implicava a participante ficar

desnuda, inviabilizando assim o uso de seus dados. Em relação ao exame físico, foi limitada a forma de avaliação do tônus do corpo perineal à palpação. Apesar de ser a técnica mais utilizada nesta avaliação, trata-se de um exame subjetivo passível de alterações quanto à confiabilidade e sensibilidade, entretanto, não há instrumentos, escalas ou testes precisos e padronizados disponíveis para graduação do tônus dessa região. A discussão dos achados com a literatura foi impactada devido à escassez de estudos. Como potencialidades científicas, foi importante avaliar mulheres em faixa etária jovem, considerando o estigma de que disfunções da MAP acometem pessoas com maior idade, dessa forma trazendo novas evidências que reforçam que mulheres jovens nulíparas podem apresentar tais disfunções. Como potencialidades clínicas, evidencia-se a relevância da avaliação de tônus do corpo perineal, uma vez que alterações podem desencadear diversas disfunções encontradas na prática clínica, sendo essa avaliação de suma importância tanto no diagnóstico quanto para guiar e acompanhar a efetividade do tratamento.

Conclusão

Há impacto de alterações de tônus do corpo perineal nas DS. Nessa amostra de mulheres jovens nulíparas, predominou o aumento do tônus do corpo perineal que, por sua vez, interferiu na função sexual, afetando sobretudo a satisfação, o desejo subjetivo e a excitação. Além disso, mulheres com aumento do tônus do corpo perineal apresentaram mais relatos de dor ou desconforto durante a relação sexual. Enfatiza-se a necessidade de mais estudos para elucidar essa relação entre alterações de tônus e DS em uma população jovem.

Referências

- 1 Chughtai N G, Kashif U, Aijaz S, Malik S. Functional anatomy of female perineum. *In: Pang R. The female pelvis: anatomy, function and disorders*. IntechOpen; 2022. doi: 10.5772/intechopen.107516.

- 2 Siccardi MA, Bordoni B. Anatomy, abdomen and pelvis, perineal body. 2023 Jul 24. *In*: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 feb 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537345/>
- 3 Ganguly J, Kulshreshtha D, Almotiri M, Jog M. Muscle Tone Physiology and Abnormalities. *Toxins (Basel)*. 2021;13(4):282. doi: 10.3390/toxins13040282.
- 4 Worman RS, Stafford RE, Cowley D, Prudencio CB, Hodges PW. Evidence for increased tone or overactivity of pelvic floor muscles in pelvic health conditions: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(6):657-74.e91. doi: 10.1016/j.ajog.2022.10.027.
- 5 Frawley H, Shelly B, Morin M, Bernard S, Bø K, Digesu GA, *et al*. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourol Urodyn*. 2021;40(5):1217-60. doi: 10.1002/nau.24658.
- 6 Studd J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. *Gynecol Endocrinol*. 2007;23(12):673-81. doi: 10.1080/09513590701708860.
- 7 Brondani I, Cuty DD, Filippin NT, Frigo LF. Avaliação da autoimagem corporal e genital em mulheres com dispareunia. *Fisioter Bras*. 2022; 23(3):427-39. doi: 10.33233/fb.v23i3.5104.
- 8 Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):423-33. doi: 10.1007/s00737-015-0535-y.
- 9 Rogers RG, Pauls RN, Thakar R, Morin M, Kuhn A, Petri E, *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. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(4):1220-40. doi: 10.1002/nau.23508.
- 10 Hawkins SS. Expansion of comprehensive sexuality education. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2024;53(1):14-25. doi: 10.1016/j.jogn.2023.11.011.
- 11 Hoepfner CG, Cigna ST, Perkins J, Gaba ND. Sexual Health. *Clin Geriatr Med*. 2021;37(4): 553-77. doi: 10.1016/j.cger.2021.05.004.
- 12 Serati M, Salvatore S, Uccella S, Nappi R, Bolis P. Female urinary incontinence during intercourse: a review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med*. 2019; 6(1):40-8, 2019. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01055.x
- 13 Reed MA. Female Sexual Dysfunction. *Clin Plast Surg*. 2022;49(4):495-504. doi: 10.1016/j.cps.2022.06.009.
- 14 Santana GW, Aoki T, Auge AP. The Portuguese validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *Int Urogynecol J*. 2012; 23(1):117-21. doi: 10.1007/s00192-011-1505-1.
- 15 Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validation of the female sexual function index (FSFI) for portuguese language. *Rev HCPA*, 2018;27(1):10.
- 16 Freitas CS. Funcionalidade do assoalho pélvico e função sexual de idosas ativas fisicamente [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2017.
- 17 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, *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(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597.
- 18 Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática parapsicologia: usando SPSS para Windows. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 19 Alves BP. Avaliação da função sexual em mulheres universitárias: conhecer para promover saúde [trabalho de conclusão de curso]. Goiânia (GO): Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2021.
- 20 Bezerra KC, Feitoza SR, Vasconcelos CTM, Karbage SAL, Saboia DM, Oriá MOB. Sexual function of undergraduate women: a comparative study between Brazil and Italy. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:1428-34. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0669.

- 21 Madbouly K, Al-Anazi M, Al-Anazi H, Aljarbou A, Almannie R, Habous M, *et al.* Prevalence and Predictive Factors of Female Sexual Dysfunction in a Sample of Saudi Women. *Sex Med.* 2021;(1):100277. doi: 10.1016/j.esxm.2020.10.005.
- 22 Purificação ER, Santos ASA, Ferraz DD. Disfunções sexuais em mulheres jovens universitárias: estudo transversal. *Rev Pesq Fisioter.* 2021;1(2):307-19. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v1i1i2.3612.
- 23 Cerentini TM, La Rosa VL, Goulart CL, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack AC. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women: across-sectional study. *Sex Relatsh Ther.* 2020; 38(1):106-17. doi: 10.1080/14681994.2020.1748592.
- 24 Grimes WR, Stratton M. Pelvic floor dysfunction. 2023 Jun 26. *In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.*
- 25 Bortolami A, Vanti C, Banchelli F, Guccione AA, Pillastrini P. Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. *J Sex Med.* 2015; 12(5):1233-41. doi: 10.1111/jsm.12882.
- 26 Laan E, van Lunsen RHW. Overactive pelvic floor: female sexual functioning. *In: Padoa A, Rosenbaum T, editors. The Overactive Pelvic Floor.* Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-22150-2_2.
- 27 Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):559-64. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.05.007.
- 28 Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed.* 2021;19(5):421-32. doi: 10.18502/ijrm.v19i5.9251.
- 29 Both S, Brauer M, Weijenborg P, Laan E. Effects of Aversive Classical Conditioning on Sexual Response in Women With Dyspareunia and Sexually Functional Controls. *J Sex Med.* 2017;14(5):687-701. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.03.244.
- 30 Butrick CW. Pathophysiology of pelvic floor hypertonic disorders. *Obstet Gynec Clin North Am.* 2009;36(3):699-705. doi: 10.1016/j.ogc.2009.08.006.
- 31 Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction. Part 2: Evaluation and Treatment of Sexual Dysfunction in OPF Patients. *Sex Med Rev.* 2021;9(1):76-92. doi: 10.1016/j.sxmr.2020.04.002.
- 32 Westerik-Verschuuren L, Lutke Holzik-Mensink M, Wieffer-Platvoet M, van der Velde M. Sexual Aspects of the Female Pelvic Floor. *In: Geuens S, Polona Mivšek A, Gianotten W, editors. Midwifery and Sexuality.* Springer, Cham; 2023. doi:10.1007/978-3-031-18432-1_10.

Recebido em: 5 fev. 2024

Aceito em: 12 abr. 2024