

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO CRICARÉ

CURSO DE FISIOTERAPIA

JACIARA BOHNEM DE OLIVEIRA

LARISSA SOUZA BARCELOS

RAYRA BOTAZINI BARCELOS

**CORRELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE MUSCULAR DO ASSOALHO
PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES
MENOPAUSADAS**

SÃO MATEUS

2022

JACIARA BOHNEM DE OLIVEIRA
LARISSA SOUZA BARCELOS
RAYRA BOTAZINI BARCELOS

**CORRELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE MUSCULAR DO ASSOALHO
PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES
MENOPAUSADAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador prof. Amanda Almeida Matiello Tailor.

SÃO MATEUS

2022

JACIARA BOHNEM DE OLIVEIRA
LARISSA SOUZA BARCELOS
RAYRA BOTAZINI BARCELOS

**CORRELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE MUSCULAR DO ASSOALHO
PÉLVICO, FUNÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES
MENOPAUSADAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: / /2022

BANCA EXAMINADORA

**PROF. AMANDA MATIELLO
UNIVC
ORIENTADOR**

**PROF. IGOR LUIZ MARINO
UNIVC**

PROF. DAYANA DADALTO

SÃO MATEUS
2022

Dedicamos esse trabalho
primeiramente a Deus.
A nossa família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus por estar presente neste processo e em todos os momentos da nossa vida, principalmente nos mais difíceis, fortalecendo-nos e iluminando nossos caminhos.

A nossa família e amigos pelo amor e carinho em todas as fases, pela formação e valores morais e por acreditarem sempre no nosso potencial. Não haverá palavras para expressar o amor, a gratidão e o respeito que temos por vocês.

As voluntarias que participaram do projeto, nos confiando informações pessoais, e nos dedicando seu tempo.

E para concluir queremos deixar nossos agradecimentos a nossa orientadora Amanda Almeida Matiello Tailor e a professora Marli Quinquim por estarem sempre disponíveis para nos ensinar e orientar.

“O que sabemos é uma gota. O que ignoramos é um oceano...”.

Isaac Newton

RESUMO

A menopausa é a fase da vida da mulher em que ocorre a interrupção natural da menstruação, pois os hormônios (estrogênio e progesterona) já não são mais produzidos pelos ovários. Isso costuma ocorrer, em média, aos 50 anos de idade. Com essa diminuição natural dos níveis de hormônios, ocorrem inúmeras alterações no organismo feminino, entre elas, redução da performance da musculatura do assoalho pélvico. Por este motivo, torna-se necessário a elaboração de estudos que visem compreender e correlacionar as diversas variáveis avaliativas da função da musculatura do assoalho pélvico com a função sexual e qualidade de vida, de forma a contribuir para melhores condutas terapêuticas para resolução ou minimização do quadro. O problema de pesquisa a ser respondido será qual a correlação entre a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico com a função sexual e a qualidade de vida em mulheres na menopausa? Através de um estudo descritivo correlacional do tipo qualitativo que será realizado nos laboratórios de recursos fisioterapêuticos do Centro Universitário Vale do Cricaré, em São Mateus, Espírito Santo, onde serão selecionados os participantes da pesquisa, que compreendem as idosas do grupo “Maturidade Ativa”. Com a avaliação da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico e da aplicação de questionários subjetivos da função sexual e qualidade de vida, espera-se obter correlações como déficits de força, tônus, resistência muscular, em diferentes graus, de forma isolada ou em conjunta, traga alterações diferentes na atividade sexual, sendo intensificada por fatores externos e repercutindo de formas diferentes na qualidade de vida.

Palavras-chave: Menopausa. Assoalho pélvico. Função sexual. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Menopause is the stage of a woman's life when the natural interruption of menstruation occurs because the hormones (estrogen and progesterone) are no longer produced by the ovaries. In average, it occurs at age 50. This natural decrease in hormone levels cause numerous changes in the female body, including reduction in the performance of the pelvic floor muscles. For this reason, it is necessary to carry out studies that aim to understand and correlate various variables that evaluate the function of the pelvic floor muscles with sexual function and quality of life, in order to contribute to a better therapeutic approaches to resolve or minimize the problem. The research will answer the correlation between the functionality of the pelvic floor muscles with sexual function and quality life in menopausal women. Through a descriptive correlational study of the qualitative type that will be done in the physiotherapeutic resource laboratories of the Centro Universitário Vale do Cricaré, in São Mateus, Espírito Santo, where the research participants will be elderly women selected from a group called "Active Maturity". With an evaluation of functionality of the pelvic floor musculature and the application of subjective questionnaires of sexual function and quality of life, it is expected to obtain correlations such as deficits in strength, tone, muscle resistance, in different degrees, alone or in combination, causing changes in sexual activity, being intensified by external factors and impacting in different ways on quality of life.

Keywords: Menopause. Pelvic floor. Sexual function. Quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de mulheres classificadas segundo os escores da Escala de Oxford Modificada.....	22
Gráfico 2 – Gráfico mostra correlação entre a funcionalidade do MAP Função sexual.....	24
Gráfico 3 – Resultados referentes aos domínios do QS-F para os grupos 01 e 02.....	25
Gráfico 4 – Respostas das participantes referente a questão 37.....	26
Gráfico 5 – Gráfico mostra correlação entre a funcionalidade do MAP função sexual.....	27
Gráfico 6 – Resultados referentes ao Questionário da Saúde da Mulher domínios - Myra Hunter.....	27

LISTA DE SIGLAS

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
QSM	Questionário da Saúde da Mulher
QS-F	Quociente Sexual – Versão Feminina
DUM	Data da última Menstruação
EOM	Escala de Oxford Modificada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E FUNCIONALIDADE.....	14
2.2 ALTERAÇÕES NA MENOPAUSA E DISFUNÇÕES DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO.....	15
2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS E QUALIDADE DE VIDA.....	17
3 METODOLOGIA	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1 FUNÇÃO MUSCULAR DO ASSOALHO PÉLVICO.....	23
4.2 FUNÇÃO SEXUAL.....	24
4.3 QUALIDADE DE VIDA.....	26
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE	36
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

A menopausa é um período da vida da mulher, por volta dos 50 anos, em que ocorrem diversas alterações em seu organismo, principalmente de causa hormonal, com a redução dos níveis do estrogênio, que causa relevantes efeitos, dentre eles, alterações urogenitais e redução da performance da musculatura do assoalho pélvico.

Estes efeitos, somados com causas anteriores à menopausa, como obesidade, gravidez e parto vaginal, entre outros, podem levar a disfunções desta musculatura, afetando funções importantes de continência miccional e fecal, além da sua função sexual. Estima-se que cerca de 30% a 50% dos idosos apresentem alguma disfunção sexual, sendo este número maior quando comparados a somente mulheres, com cerca de 50% (MARTINHO, 2014).

A ocorrência destas disfunções, bem como a sua manutenção, traz diversos transtornos a vida desta mulher, refletindo de forma direta em sua qualidade de vida, por reduzir sua satisfação sexual, diminuir sua percepção de saúde e gerar limitações a nível físico, social, ocupacional e doméstico, além de provocar desconforto social e higiênico, levando à deterioração da qualidade de vida e ao isolamento social.

Por este motivo, torna-se necessário a elaboração de estudos que visem compreender e correlacionar as diversas variáveis avaliativas da função da musculatura do assoalho pélvico com a função sexual e qualidade de vida, de forma a compreender os aspectos patológicos da disfunção e contribuir para melhores condutas terapêuticas para resolução ou minimização do quadro.

O tema desta pesquisa é A correlação entre a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico, a função sexual e a qualidade de vida em mulheres na menopausa. A pesquisa aqui proposta buscará analisar as possíveis relações, diretas e indiretas, da funcionalidade muscular do assoalho pélvico - que inclui força e capacidade de contração, tônus, controle, coordenação e resistência - com a função sexual e qualidade de vida de mulheres menopausadas participantes do grupo “Maturidade Ativa” do Centro Universitário Vale do Cricaré, em São Mateus, no ano de 2022.

Essa pesquisa se justifica pela estimativa que as disfunções sexuais afetem cerca de 50% das mulheres pós-menopausa, sendo as de maior incidência as disfunções de desejo, dispareunia e disfunções de orgasmo (FRANCO, 2012). Tais disfunções podem estar intimamente ligadas às disfunções da musculatura do assoalho pélvico, que a partir da menopausa e do conseqüente declínio hormonal, apresenta intensificação de suas alterações morfológicas e funcionais. As disfunções sexuais resultam em diminuição da satisfação sexual e em conseqüência, a diminuição da qualidade de vida. Além disso, os fatores etiológicos envolvidos nas disfunções sexuais estão intimamente ligados a outras disfunções da musculatura do assoalho pélvico, como a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso, entre outros, que também contribuem para diversas conseqüências psicossociais que culminam na deterioração de sua qualidade de vida.

Por este motivo, torna-se importante a elaboração de estudos e pesquisas que visem analisar todos os aspectos clínicos e funcionais destes distúrbios, a fim de traçar as melhores terapêuticas para minimizar ou extinguir tais problemas, resultando em conseqüente melhora da qualidade de vida. Por este motivo, faz-se necessário esta pesquisa, com o objetivo de estabelecer correlações entre a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico, as funções sexuais e a qualidade de vida, fornecendo novas perspectivas a esta temática.

Apesar do crescente interesse nesta área, a literatura atual ainda é carente de obras que abordem estas disfunções, por este motivo, esta pesquisa objetiva somar conhecimento para o âmbito científico, proporcionando novos conhecimentos à área da saúde da mulher de forma a contribuir para a promoção e evolução da saúde pública no Brasil.

O problema de pesquisa a ser respondido será qual a correlação entre a funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico com a função sexual e a qualidade de vida em mulheres na menopausa?

Através da avaliação da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico e da aplicação de questionários subjetivos da função sexual e qualidade de vida, espera-se obter correlações como déficits de força, tônus, resistência muscular, em diferentes graus, de forma isolada ou em conjunta, traga alterações diferentes na atividade sexual, sendo intensificada por fatores externos e repercutindo de formas diferentes na qualidade de vida.

O objetivo geral será realizar avaliação da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico em idosas menopausadas participantes do grupo “Maturidade Ativa” do Centro Universitário Vale do Cricaré, bem como compreender subjetivamente sua função sexual e qualidade de vida a fim de estabelecer correlações. Os objetivos específicos serão:

- Analisar subjetivamente a qualidade de vida por meio de questionário;
- Avaliar, por exames físicos, a funcionalidade do assoalho pélvico de mulheres menopausadas;
- Estabelecer correlações entre funcionalidade do assoalho pélvico, função e satisfação sexual e qualidade de vida.

Nos próximos capítulos desse estudo exporemos nosso referencial teórico e os métodos que utilizamos para chegarmos aos nossos resultados. Por fim abordaremos nossos resultados, trazendo uma discussão em cima deles e as conclusões que obtivemos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO E FUNCIONALIDADE

O assoalho pélvico (AP) é um complexo formado por músculos, ligamentos e fáscias que tem como objetivo sustentar e suspender os órgãos pélvicos e abdominais, bem como manter as continências urinárias e fecais, participando ainda da função sexual e do processo de gestação e parto. Sua musculatura é composta pelo diafragma pélvico e urogenital, sendo o pélvico formado pelos músculos coccígeo e levantador do ânus (este dividido em pubococcígeo, puborretal e ileococcígeo) e o urogenital composto por uma estrutura músculo-fascial que se localiza na porção caudal do diafragma pélvico, sendo formada pelos músculos bulbocavernoso, transverso superficial do períneo e isquiocavernoso (OLIVEIRA, 2006).

Tal musculatura é formada por fibras musculares do tipo I, de contração lenta, e pelo tipo II, de contração rápida, tendo o músculo levantador do ânus cerca de 70% de suas fibras do tipo I, esta de contração lenta, mantendo assim o tônus da musculatura do assoalho pélvico constante, possibilitando assim o suporte às vísceras pélvicas. Estas fibras do tipo I possuem grande resistência à fadiga muscular, ou seja, tem maior capacidade de manutenção de sua força requerida ou esperada em sua contração por mais tempo, enquanto as fibras do tipo II têm menor resistência à fadiga, porém podem produzir mais força, além de ter maior velocidade de encurtamento e maior potência (OLIVEIRA, 2006).

A avaliação da musculatura do assoalho pélvico é de grande importância na fisioterapia, a fim de verificar a sua funcionalidade e possíveis disfunções, com objetivo de realizar uma conduta terapêutica adequada, podendo ser realizada por meio de inspeção, palpação, utilização de aparelhos específicos como perineômetro, entre outros.

Na avaliação dos MAP é importante verificar a habilidade de contração e relaxamento dessa musculatura, a capacidade de sustentar ou realizar contrações dos MAP, simetria, trefismo, coordenação, sensibilidade, presença de cicatrizes ou aderências, contração reflexa da musculatura durante a tosse (FRANCO, 2012, p. 17).

A firmeza presente nos músculos é observada em repouso, mesmo nos músculos de pessoas bem relaxadas. Assim, o tônus dos músculos parece constituir o resultado de propriedades físicas básicas do musculo, tais como a elasticidade, a viscosidade e a plasticidade (OLIVEIRA, 2006).

Dentre as funções dos MAP estão à movimentação anterior e posterior dos órgãos pélvicos, sustentação dos órgãos e função esfínteriana para uretra, vagina e ânus, estabilização as porção distal da uretra, vagina e ânus (FRANCO, 2012).

Os conhecimentos dos MAP são de grande importância para realização de uma avaliação adequada, orientação de exercícios preventivos e para eleição de boas técnicas de tratamento. A anatomia pélvica é formada de ossos, músculos, ligamentos, órgãos pélvicos, bexiga, útero, reto e vagina. Todos esses elementos, por meio de um trabalho conjunto e harmonioso, permitem a manutenção da continência urinária e fecal (FRANCO, 2012).

A utilização de escalas na avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico também é comum, onde se destaca o método PERFECT, um método de avaliação dos componentes contráteis dos músculos deste assoalho, no qual seu nome é um acrônimo dos termos **POWER** (medida de força muscular), **ENDURANCE** (tempo de contração mantida e sustentada), **REPETIÇÃO** (número de repetições mantidas em determinado grau, tempo, repetição e descanso), **FAST** (número de contrações rápidas), **EVERY CONTRACTIONS TIMED** (medição e registro do tempo e a sequência dos eventos pela cronometragem de todas as contrações) (RIBEIRO; ANKIER, 2012).

2.2 ALTERAÇÕES NA MENOPAUSA E DISFUNÇÕES DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO

A menopausa, evento que se caracteriza como último ciclo menstrual compreende diversas alterações fisiológicas no organismo feminino, afetando diretamente a sua qualidade de vida. Caracteriza-se pela crescente carência do hormônio estrogênio, devido aos fenômenos próprios do envelhecimento, levando a diversos sinais e sintomas como ondas de calor, fadiga, dor muscular, alterações da trofia muscular, além de alterações urogenitais, que acarretam atrofia do epitélio vaginal, fragilizando assim o tecido, estreitamento e encurtamento do canal vaginal, perda de elasticidade e diminuição das secreções, diminuindo assim a sua

lubrificação. Tais fenômenos podem favorecer a ocorrência de incontinência urinária e fecal, além de afetar a harmonia pélvica e a função sexual, gerando desconforto, dor ou impossibilidade de manter uma relação (MARTINHO, 2014).

As baixas concentrações de estrogênios e androgênios podem causar problemas urogenitais, como secura vaginal, prurido e dispareunia. Ocorre redução do fluxo sanguíneo vaginal e de secreções, alterações no tecido e no pH vaginal. Além disso, alguns outros sintomas estão associados à menopausa, como fogachos, sudorese, ansiedade, depressão e alteração de humor, incontinência urinária (IU), distúrbio do sono, alterações cognitivas, queixas somáticas e disfunção sexual (NELSON 2008).

A fraqueza muscular do MAP também pode contribuir para a disfunção sexual feminina na pós-menopausa. Kegel em 1952 defendia que a fraqueza muscular em mulheres poderia representar uma pré-disposição à disfunção sexual. A partir de então a hipotonia dos MAP pode ser um dos fatores responsáveis por disfunções sexuais.

Diversos outros fatores contribuem para a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico, podendo causar alterações na morfologia muscular e ligamentar que seus efeitos podem ser intensificados após a menopausa. Tais fatores são a gravidez, o parto vaginal, a obesidade, o próprio avanço da idade, cirurgias abdominais e pélvicas, alterações hormonais prévias, alteração na síntese de colágeno, disfunções neurológicas e esportes de alto impacto (FRANCO, 2012).

A palpação vaginal é um método de fácil utilização, no entanto, além de ser uma maneira subjetiva de quantificar a função muscular, a sua reprodutibilidade ainda é bastante controversa. Existem várias escalas para realizar a quantificação da contração por meio da palpação vaginal, no entanto a mais utilizada por fisioterapeutas é a Escala de Oxford Modificada (BØ; SHERBURN, 2005). A escala de Oxford Modificada, objetiva graduar a força muscular em uma escala de seis pontos (0 a 5), sendo que 0 significa ausência de contração, 1 esboço de contração, 2 contração fraca, 3 moderada, 4 boa e 5 forte (FRANCO, 2012).

2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS E QUALIDADE DE VIDA

Estima-se que a prevalência de disfunções sexuais na população em geral seja de 30% a 50%, porém em mulheres pós-menopausa estima-se que a incidência destas disfunções seja alta, apresentando disfunções de desejo, dispareunia, disfunções de orgasmo, entre outras. A etiologia da disfunção sexual feminina pode ser atribuída a vários fatores, principalmente a queda hormonal de testosterona e estrogênio, com diminuição da lubrificação vaginal, estreitamento do epitélio vaginal, bem como atrofia do músculo liso da parede vaginal, além da diminuição do interesse sexual pela diminuição da testosterona (FRANCO, 2012).

A diminuição da função da musculatura do assoalho pélvico pode contribuir para a disfunção sexual feminina após a menopausa, onde a hipotonia e enfraquecimento desta musculatura podem acarretar disfunções, como anorgasmia coital, hipoestesia vaginal e incontinência urinária durante a relação ou no orgasmo. Estes episódios de perda urinária resultam em ansiedade e medo de novos acontecimentos, diminuindo assim seu desejo e excitação, e conseqüentemente a sua satisfação (FRANCO, 2012). Fatores como encurtamento do canal vaginal, constrição do introito, diminuição da elasticidade vaginal, diminuição de sua lubrificação, entre outros, podem causar a dispareunia, que se caracteriza por dor no ato sexual ou após (SCHVARTZMAN, 2016).

Com a menopausa, podem ser tornar frequentes alterações de humor, além de outros sintomas emocionais como ansiedade, depressão, sensação de fadiga, perda de memória e insônia, entre outros. Tais sintomas podem comprometer ainda a sua sexualidade, com diminuição do desejo sexual. Além disso, as disfunções da musculatura do assoalho pélvico, em razão dos seus sintomas, como nos casos de incontinência urinária e fecal, apresentam grande influência negativa na qualidade de vida da mulher, levando a limitações a nível físico, social, ocupacional e doméstico, além de provocar desconforto social e higiênico, levando à perda da qualidade de vida e isolamento social (MARTINHO, 2014).

Destacam-se ainda outros fatores, além da menopausa e das mudanças hormonais, que afetam a atividade sexual e conseqüentemente a qualidade de vida, como a duração do relacionamento, problemas físicos de saúde, saúde do parceiro, bem como possíveis disfunções sexuais deste ou a sua perda, estresse psicossocial, envelhecimento e problemas de aceitação deste, como mudanças na imagem

corporal e saúde geral, bem como uso de medicamentos que possam afetar o seu desejo sexual (SCHVARTZMAN, 2016).

A sexualidade da mulher nesse período deixa de ter característica reprodutiva e assume um caráter importante na manifestação da emoção, que por vezes fica comprometida neste período. A autoimagem-feminina pode ser alterada com as mudanças na configuração corporal, pois o hipoestrogenismo promove a redução do colágeno cutâneo e alterações na distribuição de gordura corporal, com isso pode favorecer a diminuição da autoestima e perda do desejo sexual (FRANCO 2012).

A sexualidade faz parte da vida e interfere diretamente no bem-estar e QV do indivíduo e refere-se não só ao ato sexual em si, mas na percepção que as pessoas têm de si mesmas e de seu relacionamento com a parceria sexual (FUSCO 2017).

A disfunção sexual é definida como a incapacidade de participar do ato sexual com satisfação”. Atualmente é considerada uma questão de saúde pública, que afeta mais mulheres do que homens e inclui uma grande variedade de sintomas, dentre eles desejo sexual hipoativo, transtornos de aversão e excitação sexual, orgasmo e dispareunia (FUSCO, 2017).

O climatério é um período caracterizado por alterações metabólicas e hormonais que, podem levar ao aparecimento de diversos sintomas, (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010) como ondas de calor, insônia, irritabilidade, insegurança, diminuição do desejo sexual, depressão, melancolia, angústia, solidão, disfunção do trato geniturinário entre outros que podem ser observados em 17 aproximadamente, 60% a 80% das mulheres, principalmente devido à deficiência de estrogênio, provocando também alterações psicológicas, cognitivas e físicas (LORENZI et al. 2005).

Os sintomas vasomotores estão mais presentes em mulheres na transição menopausal, sendo as ondas de calor o sintoma mais frequente. 85% das mulheres já na menopausa relatam sentir os fogachos e as ondas de calor presentes em até 55% delas antes mesmo de terem a irregularidade menstrual (SANTORO; EPPERSON; MATHEWS, 2015). As ondas de calor podem ser decorrentes de uma alteração no hipotálamo, que regula a temperatura corporal. Algumas podem apresentar vermelhidão no rosto e no pescoço, podendo ocorrer suor, para que haja um resfriamento do corpo. Isso pode afetar negativamente a vida das mulheres, visto que pode atrapalhar o sono, causando insônia e conseqüentemente causar

irritabilidade, sendo associados a ansiedade e palpitações, sendo um dos principais sintomas que afetam a qualidade de vida das mesmas (AVIS et al. 2015).

Além desses sintomas, durante a menopausa, podem ocorrer desordens metabólicas, incluindo dislipidemias, intolerância à glicose e diabetes mellitus tipo 2. Esses fatores podem levar a um aumento do desenvolvimento de doenças cardiovasculares e da síndrome metabólica (STACHOWIAK; PERTYŃSKI; PERTYŃSKA-MARCZEWSKA, 2015).

A síndrome metabólica é uma associação de vários componentes, como, por exemplo, a obesidade visceral, dislipidemia, hipertensão arterial e distúrbio do metabolismo glicídico levando a maior incidência de doenças cardiovasculares (MEIRELLES, 2014). A menopausa e a idade acarretam em uma maior probabilidade do desenvolvimento da síndrome (SANTOS et al. 2012).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo correlacional do tipo qualitativo que foi realizado nos laboratórios de recursos fisioterapêuticos do Centro Universitário Vale do Cricaré dispendo a infraestrutura e os participantes da pesquisa, em São Mateus, Espírito Santo. A princípio seriam selecionadas as participantes da pesquisa, que compreendessem as idosas do grupo “Maturidade Ativa”, um projeto com objetivo de oferecer ações voltadas para a promoção do envelhecimento ativo em todas as dimensões: saúde, segurança e participação social, que assim desejassem fazer parte, mas devido à baixa adesão expandimos para as pacientes da Clínica Escola, que oferecem atendimentos gratuitos de fisioterapia para comunidade.

(Pesquisa) correlacional é o tipo de pesquisa que procura explorar relações que possam existir entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito. O estudo das relações entre variáveis é descritivo porque não há a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais frequentemente estabelecida. No entanto, a pesquisa correlacional precede a realização de pesquisa experimental, porque a relação de causa-efeito somente poderá ser estabelecida quando duas variáveis são correlatas (STEFANELLO, 2008, p. 3).

Dentre os critérios de inclusão dos participantes, encontram-se os requisitos de: ser do sexo feminino; ter iniciado a vida sexual; estar na menopausa há pelo menos 12 meses, possuir aptidão mental e independência para responder aos questionários.

Será apresentada a pesquisa e suas metodologias para as participantes, além da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Conforme está descrito (Apêndice A), a adesão é voluntária e após assinatura do TCLE, será realizado de forma individual, a avaliação e a aplicação de questionários relativos à função sexual “Quociente Sexual – Versão Feminina (QS – F)” (Anexo A), juntamente com o questionário de avaliação da qualidade de vida “Questionário da Saúde da Mulher (QSM) – Myra Hunter”, (Anexo B).

A princípio utilizaríamos o esquema PERFECT para avaliar a funcionalidade do assoalho pélvico através das variáveis: intensidade (power) de acordo com a Escala de Oxford Modificada, tempo de sustentação da contração muscular (E), repetições das contrações sustentadas (R), que foi obtida de acordo com o tempo da

endurance, e contrações rápidas (F). Após iniciarmos as análises dos dados optamos por utilizar apenas os resultados da Escala de Oxford Modificada.

A avaliação indireta da força dos MAP foi realizada por palpação de dois dígitos. Esse método, embora subjetivo, é amplamente utilizado na prática clínica por ser de fácil aplicação, bem admitido pelos pacientes e de baixo custo. Durante a palpação, a função dos MAP foi quantificada usando a escala de Oxford modificada (APÊNDICE B), que classifica a função de 0 a 5, com 0 correspondendo a nenhuma contração, 1 a um esboço de contração, 2 a uma contração fraca, 3 a uma contração moderada, 4 uma boa contração e 5 uma forte contração.

O questionário de avaliação da qualidade de vida “Questionário da Saúde da Mulher (QSM) – Myra Hunter” tenta compreender 9 áreas relacionadas a qualidade de vida da mulher no climatério: sintomas somáticos, humor deprimido, dificuldades cognitivas, ansiedade/ medo, funcionamento sexual, sintomas vasomotores, problemas com o sono, problemas menstruais, sentir-se ou não atraente. Para avaliar o QSM, os escores foram obtidos por meio de conversão das respostas em presente (1) ou ausente (0). “sim, sempre” e “sim, às vezes” foram codificados como (1) e “não, raramente” e “não, nunca” foram codificados como (0). As alternativas das questões 7, 10, 21, 25, 31 e 32 aparecem em ordem inversa das outras questões. A fim de se obter o maior escore com indicação de maior gravidade dos sintomas, no cálculo dos escores, essas questões tiveram seus resultados convertidos, isto é, de 1 para 4; de 2 para 3; de 3 para 2 e de 4 para 1. Sendo todos os resultados registrados. Os dados registrados serão posteriormente analisados, e com a análise bibliográfica, serão feitas as correlações existentes e observáveis de acordo com os casos analisados.

O “Quociente Sexual – Versão Feminina é um instrumento que avalia os vários domínios da função sexual da mulher, é composto por 10 questões que devem ser respondidas utilizando uma escala de zero a cinco, relacionado aos últimos seis meses de vida sexual. O questionário é dividido nos seguintes domínios: Desejo e interesse sexual (questões 1,2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5); conforto (questões 6 e 7); orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Para calcular o escore final é feita a soma de todas as questões, exceto a numero 7 em que a resposta deve ser subtraída por 5 (5-Q7), e multiplicado por 2. Quanto maior a pontuação melhor a satisfação sexual. O questionário pode ser interpretado através do escore geral ou dos domínios

citados acima. A soma da pontuação total inferior a 62 sinaliza uma disfunção sexual a ser identificada graças à pontuação de cada questão. Uma pontuação igual ou inferior a dois significa nas questões 1, 2 e 8 que o desejo sexual não é suficiente para a mulher desfrutar da relação, nas questões 3, 4, 5 e 6 refere-se a uma baixa capacitância de excitação ou lubrificação., uma pontuação alta na questão 7 indica a presença de dor física ou psicológica durante a relação sexual, e uma pontuação baixa nas questões 9 e 10 indica dificuldade com o orgasmo e pouca / nenhuma satisfação com a relação sexual.

Após obter os escores dos questionários e da avaliação do assoalho pélvico, as participantes foram divididas em dois grupos para melhor análise dos dados e observar se existe uma correlação da funcionalidade do assoalho pélvico com a função sexual e qualidade de vida, as que de acordo com a Escala de Oxford Modificada graduaram de 0 a 2 formaram o grupo 01 e as que graduaram de 3 a 5 o grupo 02. E cada grupo foi comparado com os resultados dos seus questionários.

Este estudo visa estabelecer correlação entre três variáveis, para nos ajudar nesse processo utilizamos os gráficos de regressão linear para verificar se uma variável tem alguma relação com a outra.

Figura1- Tabela de Relação de Forças entre Variáveis

Tabela de força entre relações:

- $R^2 > 0,6$ = Relação **FORTE** entre as variações
- R^2 entre 0,3 e 0,6 = Relação **MODERADA** entre as variações
- $R^2 < 0,3$ = Relação **FRACA** entre as variações
- R^2 for 0 então não há relação entre as variações

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

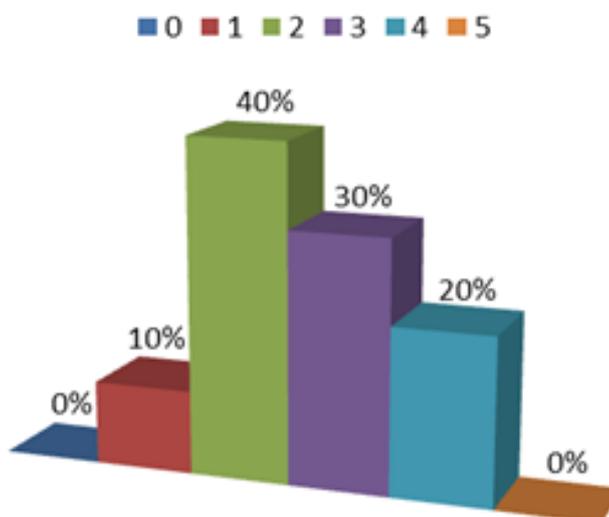
4.1 FUNÇÃO MUSCULAR DO ASSOALHO PÉLVICO

Um total de 10 voluntárias foram incluídas no presente estudo. A média de idade foi de 56,7 anos, a média da data da última menstruação (DUM) foi de 37,5 meses. Das mulheres avaliadas 2 (20%) eram nulíparas, 3 (30%) primíparas e 5 (50%) eram multíparas, 9 (90%) mulheres eram continentas. Apresentavam atividade sexual 10 voluntárias (100%).

Na avaliação do MAP, segundo a Escala de Oxford Modificada (EOM) a maioria das mulheres avaliadas apresentaram classificação segundo os escores da EOM 2, 40%, seguido da EOM 3, 30%, 20% apresentaram EOM 4 e 10% EOM 5.

Gráfico 1 – Percentual de mulheres classificadas segundo os escores da Escala de Oxford Modificada.

Escala de Oxford Modificada



Fonte: De autoria própria.

4.2 FUNÇÃO SEXUAL

Ao avaliar-se a atividade sexual, por meio do QS-F, as mulheres inativas sexualmente responderam de acordo com os últimos meses em que tiveram relação sexual. As questões foram referentes ao desejo, excitação, lubrificação, presença de orgasmos, satisfação e dor. A média do escore total foi de 37,8. Verificou-se que apenas 1 mulher (10%) teve escore do QS-F maior que 62 (não apresenta disfunção sexual), as outras 9 (90%) apresentaram escore menor que 62 (presença de disfunção sexual).

A tabela 1 - Classificação do questionário Quociente Sexual - Versão Feminina.

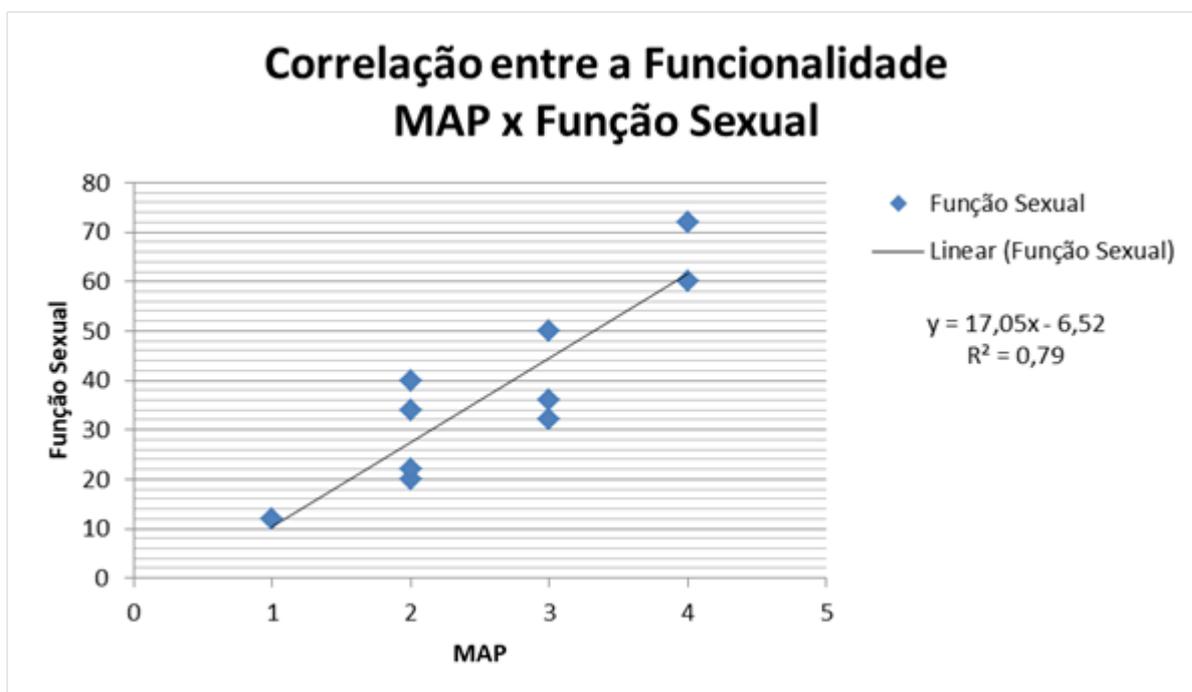
	n(10)	%
Bom a excelente	0	0
Regular a bom	1	10
Desfavorável a regular	2	20
Ruim a desfavorável	5	50
Nulo a ruim	2	20

Fonte: De autoria própria.

No gráfico 2 de regressão linear usamos as variáveis resultado dos scores do questionário relacionado a função sexual e o resultado da avaliação da funcionalidade do assoalho pélvico, segundo a EOM e é observado a força entre relações. Quando valor de $R^2 > 0,6$ indica uma relação forte entre as variações. No gráfico observamos que quanto pior a funcionalidade do assoalho pélvico, menor o escore no questionário de função sexual.

Ao usarmos esse gráfico nessa pequena amostra de participantes fica comprovada a relação forte entre essas duas variáveis. Mulheres que possuem um assoalho pélvico mais funcional tem uma vida sexual mais satisfatória e com menos queixas.

Gráfico 2 – Gráfico mostra correlação entre a funcionalidade do MAP e função sexual.

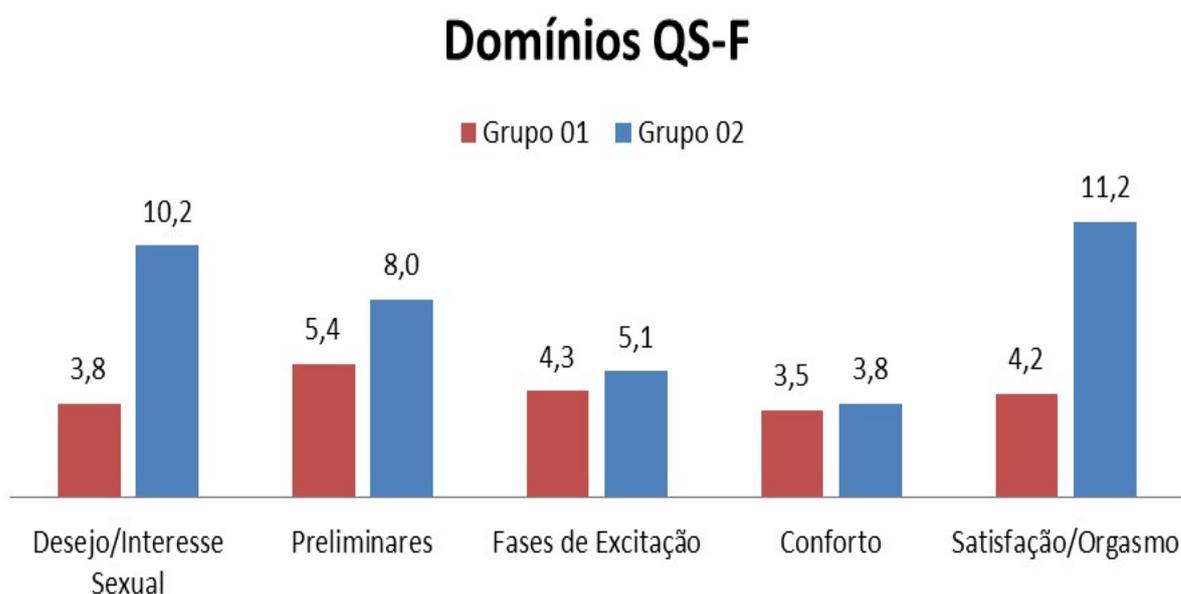


Fonte: De autoria própria.

Para observar melhor se existe uma correlação da funcionalidade do assoalho pélvico com a função sexual, as participantes foram separadas em dois grupos, as que de acordo com a Escala de Oxford Modificada graduaram de 0 a 2 formaram o grupo 01 e as que graduaram de 3 a 5 o grupo 02. As mulheres do grupo 01 apresentaram resultados significativamente menores do que o grupo 02, representados pela média 25,6 e 50,2 respectivamente, indicando pior desempenho sexual do grupo 01.

Analisando os resultados por domínios do QS-F, ainda divididos em grupos, pode-se observar que houve diferença significativa entre os grupos em todos os domínios do questionário, exceto em “Conforto”.

Gráfico 3 – Resultados referentes aos domínios do QS-F para os grupos 01 e 02.



Fonte: De autoria própria.

4.3 QUALIDADE DE VIDA

Na avaliação da qualidade de vida através do Questionário da Saúde da Mulher (QSM) Myra Hunter que tenta compreender 9 áreas relacionadas a qualidade de vida da mulher no climatério: sintomas somáticos, humor deprimido, dificuldades cognitivas, ansiedade/ medo, funcionamento sexual, sintomas vasomotores, problemas com o sono, problemas menstruais, atração.

A tabela 2 mostra que os domínios mais afetados pelos sintomas que afetam negativamente a qualidade de vida das mulheres no climatério foram sintomas de déficit cognitivos e problemas com o sono, onde 100% das participantes relataram dificuldades, chegando a comprometer sua qualidade de vida.

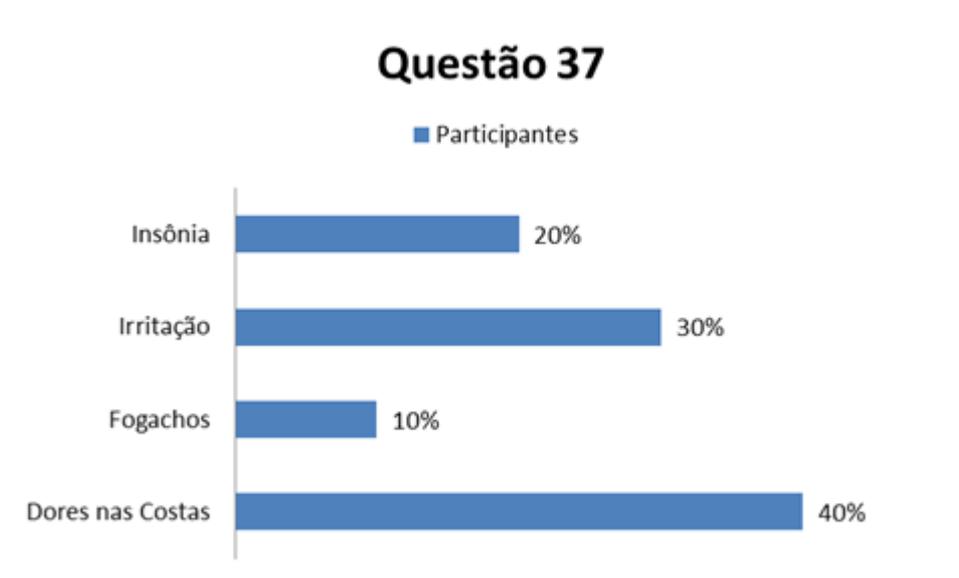
Tabela. 2 Resultados referente ao QSM.

	n(10)	%
Sintomas vasomotores	4	40
Ansiedade	4	40
Sintomas somáticos	3	30
Déficit cognitivo	5	50
Problema com sono	10	100
Função sexual	4	40
Problemas menstruais	0	0
Humor deprimido	6	60
Atração	4	40

Fonte: De autoria própria.

No gráfico 4 observa-se as respostas a pergunta 37 do questionário da saúde da mulher (QSM) - Myra Hunter sobre quais são os sintomas que mais interferem sobre a qualidade de vida das participantes no climatério. Entre as respostas apresentadas 40% relataram dores nas costas como sintoma que mais tem dificuldade para lidar, seguido de irritação e problemas com o humor (30%), insônia (20%) e por último fogachos (10%).

Gráfico 4 – Respostas das participantes referente a questão 37.



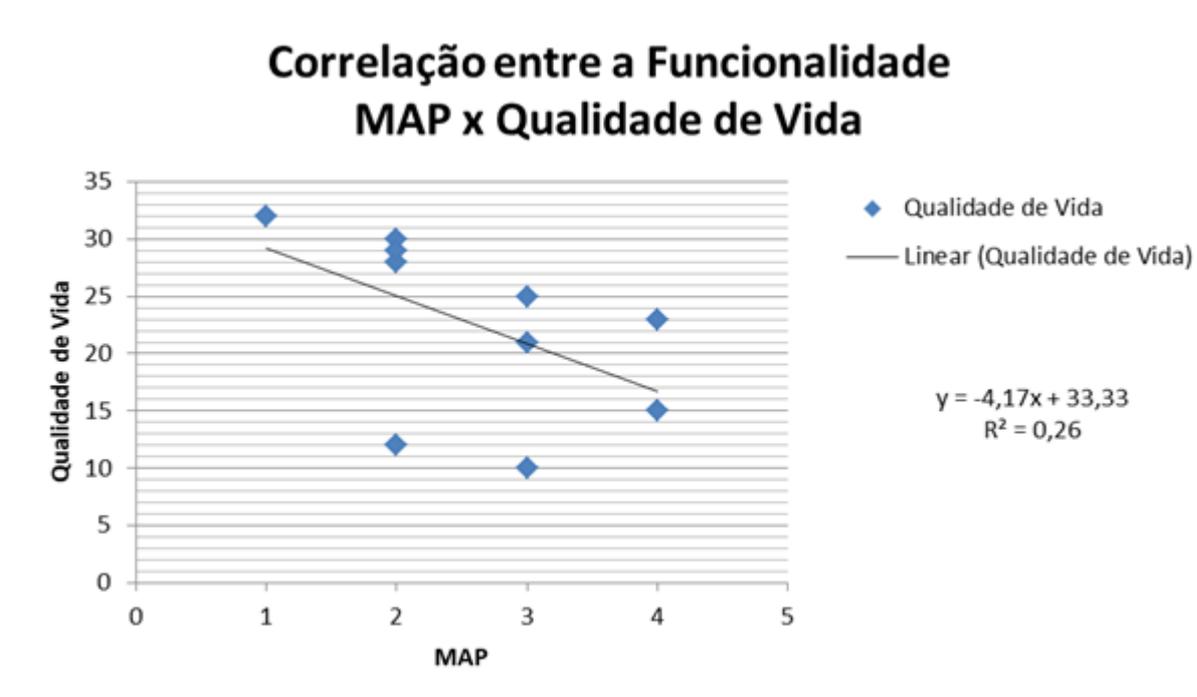
Fonte: De autoria própria.

No gráfico 5 de regressão linear é observado a força entre relações. Quando valor de $R^2 < 0,3$ indica uma relação fraca entre as variações. No gráfico 5 de regressão linear usamos as variáveis do resultado dos scores do questionário relacionado a qualidade de vida e novamente o resultado da avaliação da funcionalidade do assoalho pélvico, segundo a EOM e é considerada fraca a relação entre essas duas variáveis, ao contrario de quando comparada a função sexual.

Ao usarmos esse gráfico nessa pequena amostra de participantes fica comprovada a relação pouco significativa entre essas duas variáveis. Mulheres que possuem um assoalho pélvico mais funcional não necessariamente terão uma qualidade de vida melhor e com menos queixas na menopausa. Afinal qualidade de vida é algo muito relativo e subjetivo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

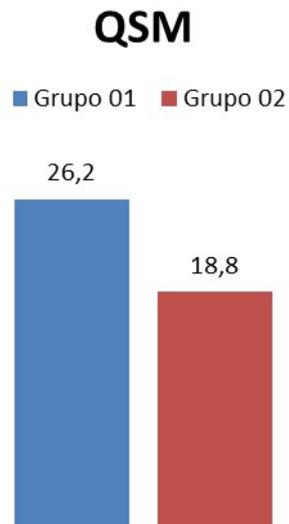
Gráfico 5 – Gráfico mostra correlação entre a funcionalidade do MAP e função sexual.



Fonte: De autoria própria.

Para melhor observação da existência de uma correlação entre a funcionalidade do assoalho pélvico com a qualidade de vida, separamos novamente as participantes em dois grupos, as que de acordo com a Escala de Oxford Modificada graduaram de 0 a 2 formaram o grupo 01 e as que graduaram de 3 a 5 o grupo 02. As participantes do grupo 01 apresentaram resultados significativamente maiores do que o grupo 02, representados respectivamente pelas médias 26,2 e 18,8, indicando pior qualidade de vida para o grupo 01.

Gráfico 6 – Resultados referentes ao Questionário da Saúde da Mulher domínios - Myra Hunter.



Fonte: De autoria própria.

O objetivo deste estudo foi avaliar a funcionalidade do assoalho pélvico, função sexual e qualidade de vida e observar se existe correlação entre essas variáveis. Considerando que as mulheres na menopausa podem apresentar fadiga e diminuição da força muscular, a hipótese era que o resultado da avaliação da funcionalidade do assoalho pélvico delas fosse mais fraco, o que poderia causar piora na qualidade de vida e piora do desempenho sexual. Na literatura até o presente momento foram encontrados alguns estudos que avaliaram o assoalho pélvico de mulheres com toque bidigital e graduando pela Escala de Oxford Modificada.

O presente estudo verificou uma alta prevalência de disfunção dos MAP nas mulheres menopausadas e disfunção sexual entre as mulheres avaliadas. Verificou-se que 50% das mulheres avaliadas apresentaram função dos MAP deficiente, grau 1 e 2 pela EOM. A função dos MAP deficiente segundo a literatura pode contribuir para o surgimento de disfunção sexual (BERMAN; GOLDSTEIN, 2001).

Com o envelhecimento há uma diminuição generalizada na força muscular em mulheres, que pode estar associada à alteração decorrente do período do climatério (PETROFSKY et al., 1975). Alguns estudos sugerem que a ausência de estrogênios em mulheres após os 50 anos de idade na pós-menopausa pode estar relacionada à diminuição acelerada de massa muscular que ocorre neste período (DUBE; LESAGE; TREMBLAY, 1975; VANBROCKLIN et al., 1992; LEMOINE et al., 2003).

Também foi observada correlação entre a força muscular e o desempenho sexual das menopausadas, o que corrobora com os resultados obtidos no estudo realizado Lisboa (2015) em que o treinamento da MAP promoveu aumento do tônus muscular e da consciência perineal, e por consequência houve melhora da função sexual. Em termos de sexualidade as participantes apresentaram alta variabilidade nas categorias do QS-F, sendo que a maioria foi classificada como “ruim a desfavorável”. Entretanto ao compararmos a mediana do escore geral do questionário houve diferença significativa entre os grupos. O grupo 02 obteve resultados melhores nos dois questionários, tanto relativos à função sexual, quanto no de qualidade de vida. Quando o escore geral é inferior a 62 pode indicar uma disfunção a ser investigada.

No questionário de qualidade de vida Questionário da Saúde da Mulher de Myra Hunter, mulheres do grupo 01 apresentaram maior frequência de sintomas intensos (média de 26,2), que as mulheres do grupo 02 (média 18,8) (Gráfico 6). Com a falência ovariana, ocorre uma baixa significativa do estrogênio que resulta na presença de sintomas desconfortáveis, com destaque para as ondas de calor, insônia, atrofia vaginal, depressão e ansiedade (PEREIRA et al. 2009).

Na análise dos sintomas climatéricos pelo Questionário de Saúde da Mulher, que avalia a qualidade de vida das mulheres, considera-se que quanto menor a pontuação, maior é a frequência do sintoma e menor a qualidade de vida. Para todas as classes de sintomas avaliados, as mulheres do grupo 02 tiveram menos sintomas que aquelas em que o resultado da avaliação do assoalho pélvico pela Escala de Oxford Modificada não foi bom, grupo 02. Indicando uma melhor qualidade de vida desse grupo de mulheres (Gráfico 6).

5 CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se que o período da menopausa traz impactos negativos na função sexual das mulheres e sugere que está correlacionado a funcionalidade do assoalho pélvico. Os domínios do questionário da função sexual que apresentaram maior comprometido foram o desejo, seguido da satisfação e orgasmo. Os resultados encontrados sugerem que a funcionalidade dos MAP interfere na função sexual. Ao comparar o grupo que teve melhor desempenho na Escala de Oxford Modificada com o que teve pior resultado observamos uma diferença significativa nos resultados quanto à área sexual, que apontam para uma interferência da funcionalidade do assoalho pélvico. Ao utilizarmos o gráfico de regressão linear simples, os resultados mais uma vez apontam essa correlação.

Na avaliação da qualidade de vida, os sintomas que afetam 100% das participantes são déficit cognitivo e problema com o sono. No questionário da saúde da mulher, o grupo com pior resultado na EOM, também obteve uma média ruim nos escores estabelecidos para o questionário. Já no gráfico de regressão linear a relação entre essas duas variáveis é considerada fraca. O que nos faz não concluirmos se essa qualidade de vida esta relacionada a funcionalidade do assoalho pélvico ou se somente pela diminuição da secreção dos hormônios ovarianos.

Nessa pesquisa conseguimos observar algumas tendências, mas recomendamos que em um posterior estudo, o número de participantes seja reconsiderado por um número maior.

A importância deste estudo encontra-se no fato de ter mostrado que existem aspectos da vida das mulheres menopausadas, que devem ser olhados com mais atenção, visto que estes podem inferir na função sexual e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas mulheres.

Concluindo, como resultado final desta pesquisa foi possível correlacionar funcionalidade do assoalho pélvico e função sexual, mas não ficou suficientemente exposta a correlação com a qualidade de vida.

6 REFERÊNCIAS

FRANCO, Maíra M. **Avaliação da função muscular do assoalho pélvico, incontinência urinária e função sexual em mulheres na pós menopausa.** 2012. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da reabilitação) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MARTINHO, Natália M. **O treinamento por meio de realidade virtual melhora a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico de mulheres na pós-menopausa?** Estudo controlado randomizado. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da saúde) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas.

OLIVEIRA, Cláudia de. **Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal.** 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, Ana T. A.; ANKIER, Cila. A relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina. **Rev. Latinoamericana de Medicina Sexual – ReLAMS**, v. 1, n. 1, p. 14-22, 2012.

SCHVARTZMAN, Renata. **Intervenção Fisioterapêutica Em Mulheres Climatéricas Com Dispareunia: Ensaio Clínico Randomizado.** 2016. 79 f. Tese (Doutorado em medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

STEFANELLO, Joice Mara. **Tipos de pesquisa considerando os procedimentos utilizados.** 2008. Disponível em: <<http://www.ergonomia.ufpr.br/Tipos%20de%20Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2022.

THE WHOQOL GROUP. The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. **Soc. Sci. Med**, 1995, 41(10):1403-1409.

NELSON, H.D. Menopause. **Lancet**,v.371,p.760-770, March, 2008.

Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. **Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia.** Rev Bras Fisioter. 2006; 10 (3): 317-324.

Abdo CHN **Elaboração e Validação do Quociente Sexual – versão feminina.** Rev Bras Med. 2006; 63 (9): 477-482.

Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Garcia-Zapata MTA, Amaral WN. **Função sexual feminine aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento.** **Femina.** 2012; 40 (4): 195-202.

De Lorenzi D.R.S.; Saciloto B. **Frequência da Atividade Sexual em Mulheres Menopausadas.**

Rev Assoc Med Bras. São Paulo, v.52, n.4, p. 256-260, Jul. 2006.

De Paula F.J.F.; Baracat E.C.; Haidar M.A.; Lima J.G.R.; Zanetti A.; Simões R.D. Disfunção sexual no climatério. **Femina**, v. 30 n. 6, p. 373-376, 2002.

Lara L. A. S. et al. **Abordagem das disfunções sexuais femininas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

Reis, A. B. et al. **Anatomia Feminina. In: Baracho, E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia.** Rio de Janeiro: Medsi. 2002. cap. 1, p. 1-18.

Silva de Sá, M.F.; Abreu D.C.C. **O enfoque clínico do climatério. In: Ferreira C.H.J. Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 139-146.

Reis AB, Barrote D, Souza ELBL, Neto JM. **Anatomia feminina. In: Baracho, E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia.** 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.p.1-18.

Pelozo Jr O, Garbellotti Jr S. **Anatomia funcional da pelve e do períneo. In: Moreno. A. Fisioterapia em uroginecologia.** São Paulo : Manole; 2003.p.1-22.

Netter FH. **Atlas de anatomia humana.** São Paulo: Artmed; 2003. p. 361

Hayflick, L. **Como e porque envelhecemos.** Rio de Janeiro: Campus;1996: 366p.

Almeida LC, Souza ELBL. **Alterações do sistema músculo-esquelético e suas implicações. In: Fisioterapia aplicada à obstetrícia.** 3aed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.38

Briquet R. **Semiologia obstétrica In: Obstetrícia normal.** 2aed. São Paulo;1970. p.197-215.

VALENÇA, Cecília Nogueira; NASCIMENTO FILHO, José Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. **Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade.** Saúde Sociedade. v.19, n.2, p. 273-85. 2010.

VIGETA, Sônia Maria Garcia; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. **A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 20, n.6, p. 1682-1689. Nov-dez, 2004.

SILVA FILHO, E. A.; COSTA, A. M. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade de Recife, Brasil.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 113-120. Março, 2008.

PEDRO, A. O. et al. **Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP.** Revista de Saúde Pública, São Paulo. v. 37, n. 6, p. 735-742. Dezembro, 2003.

PEREIRA, W.M.P. et al. **Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. v. 19, n.1, p.89-97. 2009.

PROBO, Ana Marina Pacheco; SOARES, Nathanael Ibsen da Silva; SILVA, Vernon Furtado da; CABRAL, Patrícia Uchôa Leitão. **Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas.** Rev.Bras. Ativ. Fís. Saúde. v. 2, n.3, p. 246-254. 2016

LORENZI, Dino Roberto Soares Edmund de; DANELON, Claudia; SACILOTO, Bruno; PADILHA, Irineu. **Fatores indicadores da sintomatologia climatérica.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v. 27, n.1, p. 12-19. 2005.

LORENZI, Dino Roberto Soares Edmund de; et al. **Fatores associados à qualidade de vida após menopausa.** Caxias do Sul. Revista da Associação Medica Brasileira. v. 52; n.5; p. 312-317. 2006.

FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. **Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério.** Arq. Bras. psicol. v. 67, n. 3, p. 112-124. 2015.

GALLON, Carn Weirich; WENDER, Maria Celeste Osório. **Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v. 34, n. 4, p. 175-183. 2012.

FERREIRA, Vanessa Nolasco; CHINELATO, Renata Silva de Carvalho; CASTRO, Marcela Rodrigues; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. **MENOPAUSA: MARCO BIOPSISSOCIAL DO ENVELHECIMENTO FEMININO.** Psicologia & Sociedade. v. 25, n. 2, p. 410-419. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno 9).

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo/pesquisa intitulado(a) “Correlação entre funcionalidade muscular do assoalho pélvico, função sexual e qualidade de vida em mulheres menopausadas” conduzida por Jaciara Bohnem de Oliveira, Larissa Souza Barcelos, Rayra Botazini Barcelos e Amanda Almeida Matiello Tailor. Este estudo tem por objetivo Realizar avaliação da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico em idosas menopausadas participantes do grupo “Maturidade Ativa” do Centro Universitário Vale do Cricaré, bem como compreender subjetivamente sua função sexual e qualidade de vida a fim de estabelecer correlações, por meio de avaliação funcional do assoalho pélvico e avaliação subjetiva da função sexual e qualidade de vida por meio de questionários.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em estar presente neste Centro Universitário, de forma voluntária, na data e horário combinado, onde será realizada avaliação física íntima pelas pesquisadoras, além de responder a dois questionários, sendo o primeiro sobre a função e satisfação sexual e o segundo sobre a qualidade de vida. Apenas a aplicação dos questionários será gravada por aparelhos de gravação de áudio, apenas para posterior análise, sendo garantido o sigilo das informações.

Você foi selecionado(a) por fazer parte do projeto de extensão “Maturidade Ativa” e se encaixar nos requisitos de ser do sexo feminino e estar na menopausa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os possíveis riscos apresentados na realização desta pesquisa envolvem responder a questões sensíveis, provocar constrangimento na realização da avaliação física e aplicação de formulários e envergonhar o entrevistado. Na avaliação física, o pesquisado poderá sentir constrangimento e/ou desconforto. Para a prevenção e minimização destes riscos, toda avaliação e aplicação de questionários será realizada em ambientes particulares e reservados, somente com a presença das pesquisadoras, e para avaliação íntima, serão retirados quaisquer dispositivos eletrônicos do local.

Caso haja qualquer desconforto, você poderá suspender a sua participação, e se necessário, será encaminhada para o serviço de saúde mais próximo.

Dentre os possíveis benefícios, poderá ser observado, de forma direta, orientação quanto a disfunções da musculatura do assoalho pélvico, com resultados individualizados, bem como a obtenção de conhecimentos a respeito do próprio corpo e da sua sexualidade. De forma indireta, destaca-se a contribuição para o meio científico de forma a proporcionar novos conhecimentos à área da saúde da mulher de forma a contribuir para a promoção e evolução da saúde pública no Brasil.

Informações relevantes: a) a participação na pesquisa não será remunerada nem implicará em gastos para os participantes; b) haverá ressarcimento para eventuais despesas EXTRAS de participação, tais como: transporte e alimentação, etc.; c) indenização: terá direito a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, caso ocorra.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O(s) pesquisador(es) responsável se compromete(m) a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

É garantido ao participante indenização por qualquer dano material ou à integridade física ocorrido durante a realização da pesquisa.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação direta (ou indireta) na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo. Estou consciente que posso deixar o projeto a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Este termo possui duas vias de igual teor onde uma ficará com o pesquisando e outra com o pesquisador.

Nome completo: _____
 RG: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Telefone: _____
 Endereço: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Assinatura pesquisador: _____ Data: ___/___/___

 (ou seu representante)

Nome completo: _____

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com Jaciara Bohnem de Oliveira, via e-mail: jacyoliveira11@gmail.com ou telefone: 27 99636-9585.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FVC
 SÃO MATEUS (ES) - CEP: 29933-415
 FONE: (27) 3313-0028 / E-MAIL: cep@ivc.br

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: AMANDA ALMEIDA MATIELLO TAILOR
SÃO MATEUS (ES)
FONE: (27) 999883694 / E-MAIL: aamatiello.es@gmail.com

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ASSOALHO PELVICO

Escala de Oxford Modificada (LAYCOCK, 1994)

ESCORES	DESCRIÇÃO
0	Contração ausente
1	Esboço de contração
2	Contração fraca
3	Contração moderada
4	Contração boa
5	Contração forte

ANEXO A – QUESTIONÁRIO RELATIVO À FUNÇÃO SEXUAL

Quociente Sexual – Versão Feminina (QS – F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Resultado = padrão de desempenho sexual: Como somar os pontos:

82-100 pontos: bom a excelente $2 \times (Q 1 + Q 2 + Q 3 + Q 4 + Q 5 + Q 6 + [5-Q 7] + Q 8 + Q 9 + Q 10)$

62-80 pontos: regular a bom (Q = questão)

42-60 pontos: desfavorável a regular

22-40 pontos: ruim a desfavorável

0-20 pontos: nulo a ruim

ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Questionário da Saúde da Mulher (QSM) – Myra Hunter

	Sim, sempre	Sim, Algumas vezes	Não, muito	Não, nunca
1.Você acorda no meio da noite e então dorme mal o resto dela?				
2.Você tem muito medo ou sensação de pânico sem nenhuma razão aparente?				
3.Você se sente triste e infeliz?				
4.Você se sente ansiosa quando sai de casa sozinha?				
5.Você perdeu o interesse pelas coisas?				
6.Você tem palpitações ou sensação de “aperto” no estômago ou no peito?				
7.Você ainda gosta das coisas de que costumava gostar?				
8.Você sente que a vida não vale a pena?				
9.Você se sente tensa ou muito nervosa?				
10.Você tem bom apetite?				
11.Você está impaciente e não consegue ficar calma?				
12.Você está mais irritada que o normal?				
13.Você está preocupada com o envelhecimento?				
14.Você tem dores de cabeça?				
15.Você se sente mais cansada que o normal?				
16.Você tem tonturas?				
17.Você tem a sensação de que seus seios estão doloridos ou desconfortáveis?				
18.Você sofre de dor nas costas ou nos membros (braços/pernas)?				
19.Você tem fogachos (ondas de calor)?				

20.Você está mais chata/implicante que o normal?				
21.Você se sente cheia de vida (com energia) e empolgada?				
22.Você tem cólicas ou desconfortos abdominais?				
23.Você se sente nauseada ou com mal-estar constante?				
24.Você perdeu o interesse pelas atividades sexuais?				
25.Você tem sensação de bem-estar?				
26.Você tem hemorragias (útero)?				
27.Você tem suores noturnos?				
28.Você tem sensação de empachamento (estômago)?				
29.Você tem sonolência?				
30.Você frequentemente sente formigamento nas mãos e nos pés?				
31.Você se sente satisfeita com sua vida sexual? (omite se não for sexualmente ativa)				
32.Você se sente fisicamente atraente?				
33.Você tem dificuldades para se concentrar?				
34.Você acha que suas relações sexuais tornaram-se desconfortáveis em razão de secura vaginal?				
35.Você precisa urinar/beber água mais que antigamente?				
36.Você acha que sua memória está ruim?				
37.Daquilo que foi perguntado acima, há algum(ns) sintoma(s) que você tenha mais dificuldade que os outros para lidar?	SIM ()	NÃO ()	Se sim, qual(is)?	

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO