

ORIGINAL

**Editor**

José Luís Braga de Aquino

**Conflito de interesse**

Não há.

**Recebido**

13 jul. 2023

**Versão final:**







12 dez. 2023

**Aprovado**

10 out. 2024

# Descrição das queixas e funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico em mulheres no climatério: um estudo retrospectivo

## *Description of complaints and functionality of pelvic floor muscles in climacteric women: a retrospective study*

Amannda Gabrielle da Cruz Silva<sup>1</sup> , Amanda de Jesus Barboza<sup>1</sup> , Ana Luiza Rodrigues de Sousa<sup>1</sup> , Bruna Maria Aparecida Morais Maciel<sup>1</sup> , Thaís Gontijo Ribeiro<sup>1</sup> , Mariana Cecchi Salata<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Curso de Fisioterapia. Gama, DF, Brasil. Correspondência para: AGC SILVA. E-mail: <amannnda.silva@fisio.uniceplac.edu.br>.

**Como citar este artigo:** Silva AGC, Barboza AJ, Sousa ALR, Maciel BMAM, Ribeiro TG, Salata MC. Descrição das queixas e funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico em mulheres no climatério: um estudo retrospectivo. Rev Ciênc Med. 2025;33:e8830. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v33a2025e8830>

### Resumo

#### Objetivo

Descrever a sintomatologia das disfunções do assoalho pélvico e correlacionar com a funcionalidade dessa musculatura.

#### Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, fomentado na análise de prontuários de mulheres de 40 a 60 anos, que mantinham vida sexual ativa. No que tange à realização da pesquisa, foram coletadas informações específicas sobre história ginecológica e obstétrica, bem como função da musculatura do assoalho pélvico.

#### Resultados

Foram selecionados 12 prontuários, nos quais se observou um predomínio de mulheres que não fazem reposição hormonal, são multigestas e múltiparas, com índice maior de partos vaginais. Além da maior presença de incontinência urinária de esforço, bem como predomínio de disfunções sexuais com ênfase na dispareunia. Nenhuma mulher atingiu um grau eficiente de força do assoalho pélvico, mais evidentemente no *endurance*. A maioria não apresentou reflexo à tosse e realizou co-contracção de musculatura acessória.

#### Conclusão

O hipostrogenismo no climatério desencadeia as diversas disfunções do assoalho pélvico, não podendo excluir os efeitos deletérios do envelhecimento.

**Palavras-chave:** Assoalho pélvico. Climatério. Envelhecimento. Hipostrogenismo.



---

## Abstract

### Objective

Describe the symptomatology of pelvic floor dysfunctions and correlate with the functionality of this musculature.

### Methods

This is a retrospective and descriptive study, based on the analysis of medical records of women between 40 and 60 years of age, who were sexually active. Regarding the research, specific information was collected on gynecological and obstetric history, as well as the function of the pelvic floor musculature.

### Results

Twelve medical records were selected, in which there was a predominance of women who do not undergo hormone replacement, are multi-pregnant and multiparous, with a higher rate of vaginal deliveries. In addition to the greater presence of stress urinary incontinence, as well as the predominance of sexual dysfunctions with an emphasis on dyspareunia. No woman achieved an efficient degree of pelvic floor strength, most evidently in endurance. The majority did not present a cough reflex and performed co-contraction of accessory muscles.

### Conclusion

Hypoestrogenism in the climacteric triggers the various dysfunctions of the pelvic floor and cannot exclude the deleterious effects of aging.

**Keywords:** Pelvic floor. Climacteric. Aging. Hypoestrogenism.

---

## Introdução

O climatério é a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva feminina. Caracteriza-se pela baixa produção de estrogênio decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos [1]. Essa deficiência pode desencadear uma série de alterações como distúrbios do sono, ciclos menstruais irregulares, Disfunções do assoalho pélvico (DAP) e sintomas vasomotores, além de labilidade de humor, redução de funcionamento cognitivo, disfunções musculoesqueléticas, perda de lubrificação vaginal e de desejo sexual [2,3].

Nas últimas décadas houve um aumento significativo da demanda por acompanhamento profissional devido a disfunções advindas do período climatérico [4]. Estima-se que ao menos 50% dessa população apresenta alguma forma de DAP com impacto na qualidade de vida, interferindo principalmente em âmbitos sociais e psicológicos [5]. Existe uma alta prevalência de sintomas depressivos em mulheres com DAP, associada a fatores como baixa autoestima e satisfação de vida, bem como limitações nas atividades diárias, preditores de impactos negativos na qualidade de vida [6].

Neste período, o decréscimo nos níveis de estrogênio acarreta a síndrome genitourinária, que se caracteriza por inúmeras alterações no sistema genital e urinário típicos deste período [5]. No sistema genital ocorre a atrofia das glândulas de Bartholin, provocando o ressecamento e estreitamento da vagina, bem como uma redução da sua elasticidade, gerando atrofia vulvovaginal, predispondo o aparecimento de queixas como dispareunia, vaginismo, perda de desejo sexual, capacidade de excitação e orgasmo [7].

No sistema urinário ocorrem sintomas como urgência, polaciúria, disúria, incontinência urinária e infecções do trato urinário recorrentes que também estão associadas ao hipoestrogenismo, mas também são sintomas marcantes do processo de envelhecimento. Isso se deve por conta da redução do mecanismo de coaptação uretral, que interfere no processo de manutenção de pressão durante o armazenamento de urina, predispondo a sintomas miccionais [5].

Além disso, o sistema gastrointestinal também pode responder à redução dos níveis de estrogênio [8]. Mulheres climatéricas são as mais propensas aos distúrbios evacuatórios,

como constipação intestinal, síndrome do intestino irritável e dor visceral [9]. A motilidade gastrointestinal dessa população é reduzida, levando ao desenvolvimento da constipação, perturbação que afeta em torno de 20% das mulheres no climatério e é designada pela constante dificuldade de evacuar, realizando defecações incompletas, infrequentes e necessitadas de esforço evacuatório ou manobras posturais [10,11]. Os distúrbios gastrointestinais também podem predispor a incontinência anal (IA), que se trata da incapacidade de controlar flatos ou fezes [12]. Além disso, acontece um déficit da produção de colágeno que age no processo de cicatrização de feridas gastrointestinais, aumentando o percentual de lesões na mucosa dessa região [1].

Frente ao exposto, queixas de DAP são frequentes em mulheres climatéricas e geram impactos negativos na qualidade de vida desta população. Com isso este estudo tem por objetivo descrever a sintomatologia de DAP e correlacionar com a funcionalidade dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) em mulheres no climatério.

## Método

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, realizado em uma clínica-escola do Distrito Federal/DF. Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva denominado: “Processo de recuperação funcional e o impacto das atuações interdisciplinares da fisioterapia: REFIN”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNICEPLAC com CAAE: 40693020.B.0000.5058.

Esta pesquisa analisou prontuários do período de 2019 a 2021 para composição da amostra. Foram incluídos prontuários de mulheres que estavam no climatério, com idade entre 40 e 60 anos e que mantinham vida sexual ativa. Foram excluídos prontuários de mulheres acima de 60 anos.

Para coleta de dados foi utilizada uma ficha de avaliação uroginecológica que é constituída por dados pessoais, queixas principais, história pregressa da moléstia atual, limitações e restrições que estas queixas geram na vida da paciente, hábitos de vida, como atividade física, ingestão hídrica e rotina alimentar, também sobre antecedentes obstétricos e ginecológicos, função miccional, função evacuatória, função sexual e sensações vaginais, além do exame físico abdominal e dos MAP.

Para realização deste estudo foram coletadas as seguintes informações mediante relato da paciente: idade, estado civil, profissão, antecedentes ginecológicos e obstétricos, queixas miccionais, evacuatórias, sexuais, sintomas vaginais de prolapso e exame físico dos MAP, medido por palpação vaginal bidigital.

A função dos MAP foi avaliada através da escala PERFECT. O acrônimo PERFECT se refere as seguintes informações coletas no exame físico: *Power* (P - Força) que é graduada em uma escala de 0 a 5 pela Escala de Oxford Modificada; *Endurance* (E - Tempo de sustentação) que se refere ao tempo de sustentação que a paciente consegue manter a contração dos MAP; *Repetitions* (R - Repetições de contrações sustentadas) capacidade de realizar contrações sustentadas repetidas dos MAP; *Fast* (F - Repetições de contrações rápidas) que se refere ao número de repetições de contrações máximas dos MAP; *Every* (E - Elevação da parede posterior), *Contractions* (C - Co-contração) e *Timed* (T - Reflexo da tosse). Ademais, foi verificada a presença de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP), através de um comando verbal pedindo para que a paciente realize uma tosse vigorosa para que observe o movimento caudal da bexiga, reto ou útero. Essa perda de sustentação foi graduada em estágios de 0 a 4, seguindo modelo de avaliação POP-Q.

As variáveis foram tabuladas no programa Microsoft Excel® 2019 assim como as análises descritivas dos dados. As variáveis numéricas foram apresentadas em médias, desvios padrões e as variáveis categóricas em frequência absoluta e porcentagens.

## Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 12 prontuários de mulheres que se encontravam no climatério.

Na Tabela 1 está demonstrado os dados sociodemográficos da amostra. Foram observados os percentuais referentes à idade, estado civil e profissão, constando uma média de idade de 49 anos. Sete mulheres são casadas (58,33%); duas mulheres são divorciadas (16,66%); uma viúva (8,33%); uma solteira (8,33%) e uma em união estável (8,33%). Referente à profissão, três mulheres são donas de casa (25%); duas são professoras (16,66%); duas são técnicas de enfermagem (16,66%); uma é artesã (8,33%); uma é autônoma (8,33%); uma é assistente de diretora (8,33%); uma é operadora de caixa (8,33%) e uma é cuidadora de criança (8,33%).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas. Gama (DF), 2022.

Variável	n	%	Média
Idade			
40-56	12	100,00	49 anos
Estado Civil			
Casada	7	58,33	-
Divorciada	2	16,66	-
Viúva	1	8,33	-
União estável	1	8,33	-
Solteira	1	8,33	-
Profissão			
Cuidadora de criança	1	8,33	-
Artesã	1	8,33	-
Dona de casa	3	25,00	-
Professora	2	16,66	-
Tec. de enfermagem	2	16,66	-
Operadora da caixa	1	8,33	-
Assistente de diretora	1	8,33	-
Autônoma	1	8,33	-
Total	12	100,00	-

Na Tabela 2 demonstram-se os dados referentes à história ginecológica e obstétrica. Foi observado que 91,66% das mulheres não realizam reposição hormonal; verificou-se um predomínio de multigestas onde oito mulheres (66,66%) passaram por mais de uma gestação, nas quais quatro (33,33%) tiveram duas gestações; três (25%) tiveram três gestações e uma (8,33%) teve oito gestações; duas mulheres (16,66%) tiveram apenas uma gestação e outras duas (16,66%) não tiveram nenhuma gestação. Quanto ao número de partos vaginais, foi quantificada na amostra uma média de 1,41, na qual sete mulheres foram submetidas a pelo menos um parto vaginal. Referente à cesárea, foi quantificada na amostra uma média de 0,50, na qual três mulheres tiveram pelo menos uma cesárea. Em relação à instrumentalização, oito (66,66%) das mulheres não foram submetidas e 100% apresentaram disfunções de MAP.

Na Tabela 3 está demonstrado os dados referentes às queixas de DAP atuais. Foi observado que houve um predomínio de queixas de Incontinência Urinária de Esforço (IUE), nove mulheres da amostra (75%) apresentaram essa condição; cinco mulheres (41,66%) apresentaram Incontinência Urinária de Urgência (IUU); cinco apresentaram constipação (41,66%); sete apresentaram disfunções

sexuais (58,33%) sendo quatro mulheres desse grupo (33,33%) com dispareunia e dor gênito-pélvica e três mulheres (25%) com flatos vaginais; um total de quatro mulheres (33,33%) apresentaram sintomas vaginais de POP; nenhuma mulher apresentou Incontinência Anal (IA).

**Tabela 2** – Históricos ginecológicos e obstétricos. Gama (DF), 2022.

Variável	n	%
Reposição Hormonal		
Sim	1	8,33
Não	11	91,66
Gestação		
0	2	16,66
1	2	16,66
2	4	33,33
3	3	25,00
8	1	8,33
Parto Vaginal		
0	5	41,66
1	4	33,33
2	1	8,33
3	1	8,33
8	1	8,33
Cesariana		
0	9	75,00
2	3	25,00
Instrumentalização		
Sim	4	33,33
Não	8	66,66
Disfunção de Map na Gestação e Pós-Parto		
Sim	12	100,00
Não	0	0,00
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Nota: MAP: Músculos do Assoalho Pélvico.

**Tabela 3** – Queixas de disfunção do assoalho pélvico atuais. Gama (DF), 2022.

Variável	N	%
Incontinência Urinária de Esforço		
Sim	9	75,00
Não	3	25,00
Incontinência Urinária de Urgência		
Sim	5	41,66
Não	7	58,33
Incontinência Anal		
Sim	0	0,00
Não	12	100,00
Constipação		
Sim	5	41,66
Não	7	58,33
Disfunção Sexual		
Dispareunia	4	33,33
Flatos vaginais	3	25,00
Negam queixas	5	41,66
Sintomas vaginais		
Sim	4	33,33
Não	8	66,66
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Na Tabela 4 está a relação das variáveis referente à escala PERFECT, reflexo à tosse e uso de musculatura acessória. Observa-se que a quantidade de mulheres que apresentaram grau de força 0 e 1 foram duas (16,66%), grau de força 2 foram sete (58,33%), grau de força 3 apenas uma (8,33%) e as mulheres não apresentaram grau de força 4 e 5 (0,00%). No *endurance* (segundos), as mulheres que não conseguiram sustentar foram sete (58,33%) as mulheres que conseguiram sustentar por 1 e 2 segundos foram duas (16,66%) e apenas uma mulher (8,33%) conseguiu sustentar por 3 segundos. Nas repetições sustentadas, as mulheres que não conseguiram realizar foram sete (58,33%), mulheres que realizaram 1 repetição apenas uma (8,33%), mulheres que realizaram 2 apenas uma (8,33%), mulheres que realizaram 3 apenas uma (8,33%), mulheres que realizaram 5 apenas uma (8,33%), mulheres que realizaram 6 apenas uma (8,33%). Nas repetições rápidas, as mulheres que não conseguiram realizar foram 5 (41,66%), mulheres que realizaram 2 repetições rápidas foram duas (16,66%), as mulheres que realizaram 3 repetições apenas uma (8,33%), as mulheres que realizaram 5 repetições apenas uma (8,33%), as mulheres que realizaram 7 repetições apenas uma (8,33%) e mulheres que realizaram 10 repetições rápidas foram duas (16,66%). As mulheres que tiveram o reflexo à tosse foram três (25%) e as mulheres que não tiveram reflexo à tosse foram nove (75%). As mulheres que fazem o uso de musculatura acessória foram onze (91,66%) e as mulheres que não fazem uso de musculatura acessória apenas uma (8,33%).

**Tabela 4** – Função da musculatura do assoalho pélvico. Gama (DF), 2022.

Variável	n	%
Grau de Força Oxford		
0	2	16,66
1	2	16,66
2	7	58,33
3	1	8,33
4	0	0,00
5	0	0,00
Endurance (Segundos)		
0	7	58,33
1	2	16,66
2	2	16,66
3	1	8,33
Repetições Sustentadas		
0	7	58,33
1	1	8,33
2	1	8,33
3	1	8,33
5	1	8,33
6	1	8,33
Repetições Rápidas		
0	5	41,66
2	2	16,66
3	1	8,33
5	1	8,33
7	1	8,33
10	2	16,66
Reflexo a Tosse		
Sim	3	25,00
Não	9	75,00
Uso de Musculatura Acessória		
Sim	11	91,66
Não	1	8,33
Total	12	100,00

Legenda: N° (número). % (porcentagem).

## Discussão

A deficiência do estrogênio promove alterações em todos os sistemas corporais femininos, levando assim a disfunções, incluindo no sistema cardiovascular, musculoesquelético, urogenital e cognitivo. Tais disfunções geram impactos negativos na qualidade de vida da mulher, além da autoestima e bem-estar geral [13].

Segundo Johnston [14] é difícil definir uma etiologia clara às DAP devido ao fato do hipostrogenismo e envelhecimento estarem integralmente ligados, sendo possível afirmar que a deficiência de estrogênio no climatério potencialize e acelere as manifestações do envelhecimento no MAP. O estudo relata que a perda hormonal e as DAP estão relacionadas com a embriologia, na qual estruturas do assoalho pélvico têm uma origem embriológica em comum, dotados de receptores estrogênicos, podendo explicar assim as disfunções nessa região no déficit do hormônio.

É válido ressaltar que foi utilizado como critério de seleção mulheres no climatério com até 60 anos, na tentativa de evitar que a idade fosse um possível fator de risco que contribuísse para o desenvolvimento de DAP, o que não exclui o fato de que a população que compôs essa amostra também estivesse suscetível às possíveis alterações provenientes do processo do envelhecimento.

Em nossa avaliação da função da musculatura do assoalho pélvico foi evidenciado uma redução na capacidade de contração lenta, demonstrada nos valores de *endurance*, no qual 58,33% das mulheres não apresentaram nenhuma sustentação de contração de MAP (0 segundos), além da redução no número de contrações rápidas, com 41,66% de mulheres que não conseguiram realizar nenhuma repetição. Observou-se também que 58,33% apresentaram grau 2 de força muscular segundo a escala de Oxford Modificada e 91,66% da amostra apresentou uso de musculatura acessória, evidenciando uma falta de coordenação e controle muscular.

Semelhante ao exposto, Vieira et al. [15] identificaram em seu estudo que força e resistência são as variáveis mais associadas à incidência de IU, não excluindo outras variáveis como a paridade e índice de massa corporal. Houve também um predomínio relevante quanto ao percentual referente ao reflexo à tosse em nossa amostra, 75% das mulheres não apresentaram. Yang et al. [16] relataram que mulheres com IUE sem reflexo à tosse tiveram maior gravidade da queixa e um maior impacto da disfunção na qualidade de vida.

Apesar da amostra não ter tido resultados expressivos para DSFs e POP, é importante ressaltar os fatores clínicos que fundamentam as justificativas desses achados. Graziotti e Basson [17] relataram que uma das inúmeras manifestações clínicas do déficit de estrogênio no organismo feminino é a atrofia das glândulas de Bartholin, que leva a uma redução de lubrificação vaginal, resultando em perda da sua rugosidade e elasticidade. Essa alteração acarreta um quadro de dispareunia, o que gera impactos negativos na sexualidade feminina. Além disso, a queda nos níveis de estrogênio contribui para alterações na síntese de colágeno, gerando consequências clínicas diretas ao suporte promovido pelo assoalho pélvico, que somado a outros fatores, como a multiparidade, partos vaginais, macrosomia fetal, tosse crônica, obesidade e nível de atividade física contribuem para o desenvolvimento de POP [18].

Quanto às disfunções anorretais, foi verificado na amostra um percentual de 41,60% de mulheres que relataram queixas de obstrução evacuatória. Esta condição se apresenta como um fator de risco para outras DAP, em específico a IU, devido ao aumento da pressão e tensão dos MAP [19]. Mannella et al. [20] relataram que o processo de senescência pode interferir na harmonia da função dos MAP. Na pesquisa, foi relatado que um quadro de constipação, por exemplo, apesar de

ser comum em mulheres na meia-idade, não representa uma consequência do envelhecimento, exclusivamente. Foi discutido que mulheres abaixo dos 50 anos apresentam contração paradoxal ou dificuldade de relaxamento dos MAP, predispondo à dificuldade evacuatória. Somado a isso, alterações de motilidade intestinal, sensibilidade e complacência anal, aumento na absorção de água das fezes também podem ser fatores que se somam para o desenvolvimento de constipação intestinal.

Um ponto importante a se discutir, refere-se ao histórico obstétrico. Foi evidenciado em nosso estudo um percentual predominante de mulheres multíparas (49,99%) e um número maior de partos vaginais. MacArthur et al. [21] demonstram em sua pesquisa que as mulheres que realizaram parto vaginal apresentaram maior predomínio de IU no período pós-parto do que àquelas submetidas à cesárea. A multiparidade é um fator que está associado na gênese de DAP, devido a um maior estresse e tensão da fásia endopélvica e músculos interligados [22].

Na amostra deste trabalho, 33,30% das mulheres foram submetidas a um parto instrumental, com um predomínio da episiotomia. Huy Quoc et al. [23] explicaram que a dispareunia e distúrbios como IU e retenção urinária foram os sintomas mais prevalentes em mulheres que passaram pela episiotomia, bem como uma fraqueza do MAP nessa população. Relatou ainda que disfunções evacuatórias também eram comuns nessas mulheres e que a gravidade da disfunção aumentava conforme o grau de laceração.

Vale destacar que em nossa amostra 100% das mulheres relataram queixas de DAP durante a gestação e pós-parto. Sabe-se que o ciclo gravídico-puerperal é marcado por inúmeras modificações hormonais e musculoesqueléticas que podem gerar sobrecarga aos MAP, predispondo o aparecimento de DAP durante a gestação e após o parto [24]. Em estudo transversal de Zizzi et al. [25] realizado com 500 mulheres demonstrou que aquelas que apresentavam IU na gestação eram 20 vezes mais propensas a desenvolver IU no pós-parto, mas que outros fatores de risco como multiparidade, sobrepeso e obesidade também devem ser considerados para o desenvolvimento e agravamento das queixas.

Frente aos achados do nosso trabalho, somado aos inúmeros estudos apresentados, podemos levar em consideração que a queda da produção do estrogênio no período climatérico é um fator determinante para o surgimento de disfunções diversas nos MAP e, concomitante com o envelhecimento fisiológico e outros fatores de risco como multiparidade e instrumentalização no parto vaginal, contribuem para um agravamento da função dos MAP, predispondo ao surgimento de DAP. Nosso estudo apresenta algumas limitações como o número de participantes da amostra, a falta de correlação estatística entre as variáveis, e de análise de fatores externos que impactam igualmente a funcionalidade dos MAP.

## Conclusão

Observou-se que a perda ou redução na produção de estrogênio no climatério pode desencadear várias DAP, como IUE e dispareunia. Ademais, houve um prejuízo considerável na função dos MAP, especificamente no componente de força, geração de *endurance*, ausência de reflexo à tosse e uso de musculatura acessória. Outros fatores como multiparidade, parto vaginal e presença de DAP durante a gestação e pós-parto também podem ter contribuído para que essas manifestações clínicas sejam potencializadas. Vale ressaltar a necessidade de uma correta avaliação e identificação da etiologia das disfunções para um manejo adequado.

## Referências

- Selbac MT, Fernandes CGC, Marrone LCP, Vieira AG, Silveira EF, Morgan-Martins MI. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino: climatério à menopausa. *Aletheia* [Internet]. 2018 [citado 2022 set 5];51(1-2):177-190. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942018000100016&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100016&lng=pt).
- Camilo SN, De Conto CL, Carneiro Nunes EF, Latorre GFS. Alterações sexuais no climatério do ponto de vista cinesiológico-funcional - revisão. *Rev Pesq Fisio*. 2019;9(4):532-38. doi: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i4.1757>.
- Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause*. 2004;11(1):120-30. doi: <https://doi.org/10.1097/01.GME.0000075502.60230.28>.
- Crema IL, Tilio R, Campos MTA. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas: Revisão Integrativa da Literatura. *Psicol. Ciênc. Prof*. 2017;37(3):753-69. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003422016>.
- Martins M, Bandeira VAC, Gewehr DM, Berlezi EM. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in climacteric women. *Mundo Saúde*. 2018;42(3):642-55. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184203642655>.
- Alencar-Cruz JM, Lira-Lisboa L. O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. *Rev. Salud Pública*. 2019;21(4):390-97. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n4.50016>.
- Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, et al. Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2013;52(1):3-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2013.01.002>.
- Yang PL, Heitkemper MM, Kamp KJ. Irritable bowel syndrome in midlife women: a narrative review. *Women's Midlife Health*. 2021;7(4). doi: <https://doi.org/10.1186/s40695-021-00064-5>.
- Palomba S, Di Cello A, Riccio E, Manguso F, La Sala GB. Ovarian function and gastrointestinal motor activity. *Minerva Endocrinol*. 2011 [citado 2022 set 7];36(4):295-310. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22322653/>.
- Dantas AAG, Barbosa IR, Castri SS, Ferreira CWS, Camara SMA, Dantas DS. Prevalence and factors associated with constipation in premenopausal women: a community-based study. *Arq Gastroenterol*. 2020;57(2). doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-36>.
- Oliveira CA, Silveira EF, Machado YAF, Martins MIM. Effectiveness of pelvic physiotherapy in treating urinary incontinence in climate women. *RSD*. 2020;9(11):e2979119880. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9880>.
- Hakimi S, Aminian E, Mohammadi M, Alizadeh SM, Bastani P, Houshmandi S. Prevalence and Risk Factors of Urinary/Anal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Healthy Middle-Aged Iranian Women. *J Menopausal Med*. 2020;26(1):24-8. doi: <https://doi.org/10.6118/jmm.19201>.
- Hillard TC. Pelvic floor function around the menopause and how to improve it. *Climacteric*. 2019;22(3):213-14. doi: <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1583827>.
- Johnston SL. Pelvic floor dysfunction in midlife women. *Climacteric*. 2019;22(3):270-76. doi: <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1568402>.
- Vieira GF, Saltiel F, Miranda-Gazzola APG, Kirkwood RN, Figueiredo EM. Pelvic floor muscle function in women with and without urinary incontinence: are strength and endurance the only relevant functions? a cross-sectional study. *Physiotherapy*. 2019;109:85-93. doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.12.006>.
- Yang JM, Yang SH, Huang WC, Tzeng CR. Impact of two reflex pelvic floor muscle contraction patterns on female stress urinary incontinence. *Ultraschall Med*. 2013;34(4):335-39. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1313206>.
- Graziottin A, Basson R. Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause*. 2004;11(6):766-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.GME.0000139926.02689.A1>.

18. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020;46(1):5-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581>.
19. Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F, Sala C, Videla S, Fernández-Fraga X, et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage?. *Neurogastroenterology & Motility.* 2010;22(2):150-e48. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2009.01409.x>.
20. Mannella P, Palla G, Bellini M, Simoncini T. The female pelvic floor through midlife and aging. *Maturitas.* 2013;76(3):230-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.08.008>.
21. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire RJ, Hagen S, Toozs-Hobson P, et al. Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG.* 2015;123(6):1022-29. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13395>.
22. Leroy LS, Lúcio A, Lopes MHBM. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm.* 2016;50(2):200-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200004>.
23. Huy Quoc NV, Phuc An LS, Phuong LS, Tam LM. Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women. *Sex Med.* 2019;7(4):514-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.09.002>.
24. Van Geelen H, Ostergard D, Sand P. A review of the impact of pregnancy and childbirth on pelvic floor function as assessed by objective measurement techniques. *Int Urogynecol J.* 2018;29(3):327-38. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3540-z>.
25. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco ML. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a crosssectional study. *Rev Esc Enferm.* 2017;51:e03214. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016209903214>.

## Colaboradores

Conceituação: AJ BARBOZA e ALR SOUSA. Curadoria de dados: AJ BARBOSA e ALR SOUSA. Análise formal: AGC SILVA e BMAM MACIEL. Investigação: MC SALATA e TG RIBEIRO. Metodologia: MC SALATA e TG RIBEIRO. Administração de projetos: MC SALATA e TG RIBEIRO. Recursos: MC SALATA. Programas de computador: TG RIBEIRO. Supervisão: MC SALATA e TG RIBEIRO. Validação: MC SALATA e TG RIBEIRO. Visualização: MC SALATA e TG RIBEIRO. Escrita – rascunho original: AJ BARBOZA e ALR SOUSA. Escrita – revisão e edição: AGC SILVA e BMAM MACIEL.