

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UniRV)

FACULDADE DE FISIOTERAPIA

KÁRYHTA MARIANE SOBRINHO DE CASTRO

**FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA:
UMA REVISÃO**

RIO VERDE

2020

KÁRYHTA MARIANE SOBRINHO DE CASTRO

**FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: UMA
REVISÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Banca examinadora do Curso de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde – UniRV, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof^a.Ma. Evelyn Schulz Pignatti

RIO VERDE

2020

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação – (CIP)

C351f Castro Sobrinho, Káryhta Mariane

Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina: Uma revisão / Káryhta Mariane Sobrinho de Castro. — 2020.
72f.: il.

Orientadora: Prof.^a. Ma. Evelyn Schulz Pignatti

Monografia (Graduação) — Universidade de Rio Verde - UniRV,
Faculdade de Fisioterapia, 2020.
Inclui índice de figuras.

1.Sexualidade Feminina. 2. Disfunção sexual feminina. 3.
Fisioterapia na disfunção sexual feminina. I Pignatti, Evelyn Schulz.

CDD: 615.82

KÁRYHTA MARIANE SOBRINHO DE CASTRO

FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: UMA REVISÃO

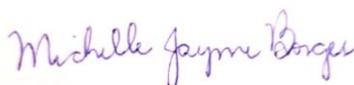
Monografia apresentada à Banca Examinadora do Curso de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde (UniRV) como exigência parcial para a obtenção de título de **BACHAREL EM FISIOTERAPIA**.

Rio Verde, GO, 08 de dezembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



.....
PROF. MA. EVELYN SCHULZ PIGNATTI
Orientadora - Universidade de Rio Verde (UniRV)



.....
FISIOTERAPEUTA MICHELLE JAYME BORGES
Membro convidado



.....
PROF. MA. ADRIANA VIEIRA MACEDO BRUGNOLI
Universidade de Rio Verde (UniRV)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui, me dando força de vontade e coragem para superar todos os desafios.

A minha família, principalmente aos meus pais Nerci F. S. de Castro e Valdivino F. de Castro, por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante estes anos, dar orgulho a vocês é a minha força propulsora, obrigada por me amar acima dos meus estresses e incontáveis defeitos. E ao meu irmão Fagner S. de Castro que sempre esteve presente quando precisei.

Aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado e em especial a minha professora/mestre e orientadora Evelyn Schulz Pignatti que sempre me apoiou e colaborou no desenvolvimento de todas as minhas ideias.

Aos meus amigos que me ajudaram de forma direta e indiretamente a concluir este trabalho e as pessoas com quem convivi ao longo destes anos de curso, principalmente ao meu grupo de estágio.

RESUMO

Introdução: A sexualidade é uma das principais particularidades do indivíduo e se abrange como uma característica da qualidade de vida e percepção do bem-estar. É influenciada por vários aspectos, como religião, cultura, históricos, fatores biológicos, fatores psicológicos, e para isto é fundamental que todas as fases do ciclo da resposta sexual feminina (motivação; excitação subjetiva; congestão genital; orgasmo e resolução) estejam necessariamente funcionais. A disfunção sexual feminina ocorre quando há algum desequilíbrio ou alteração em uma destas fases do ciclo sexual, como os distúrbios da excitação feminina; distúrbio do desejo sexual hipotativo; transtorno sexual do orgasmo; dispareunia; vaginismo, entre outros, sendo indispensável um tratamento que corresponda a melhora na satisfação sexual e consequentemente na qualidade de vida desta mulher. A partir destas considerações e com base em estudos científicos, o tratamento fisioterapêutico se tornou indispensável, satisfatório e viável no contexto da disfunção sexual feminina. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico sobre a atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Metodologia:** Sendo realizado com base em artigos científicos de periódicos disponíveis nas bases de dados eletrônicas, com informações atualizadas, pesquisas essas também realizadas na Biblioteca Central da Universidade de Rio Verde (UniRV), pertinentes ao tema iniciadas em 2019 e finalizadas em 2020. **Considerações finais:** A fisioterapia é de extrema importância na função sexual feminina, pois o padrão de satisfação das mulheres ser bom, estão associados a prática sexual e sua frequência, sendo assim, mulheres que apresentam uma frequência de atividade sexual mais elevada, tendem a um maior nível de satisfação, tendo mais confiança na sua capacidade de realização e uma melhor QV.

Palavras-chave: Sexualidade feminina; Disfunção sexual feminina; Fisioterapia na disfunção sexual feminina.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is one of the main particularities of the individual and is included as a characteristic of quality of life and perception of well-being. It is influenced by several aspects, such as religion, culture, history, biological factors, psychological factors, and for this it is essential that all phases of the female sexual response cycle (motivation; subjective arousal; genital congestion; orgasm and resolution) are necessarily functional. Female sexual dysfunction occurs when there is an imbalance or change in one of these phases of the sexual cycle, such as disorders of female arousal; hypoactive sexual desire disorder; sexual orgasm disorder; dyspareunia; vaginismus, among others, being essential a treatment that corresponds to the improvement in sexual satisfaction and consequently in the quality of life of this woman. From these considerations and based on scientific studies, physiotherapeutic treatment has become indispensable, satisfactory and viable in the context of female sexual dysfunction.

Objective: To carry out a bibliographic survey on the role of physiotherapy in the treatment of female sexual dysfunctions. **Methodology:** Being carried out based on scientific articles from journals available in the electronic databases, with updated information, these researches also carried out at the Central Library of the University of Rio Verde (UniRV), pertinent to the theme started in 2019 and ended in 2020. **finals:** Physiotherapy is extremely important in female sexual function, as the standard of satisfaction of women is good, they are associated with sexual practice and its frequency, therefore, women who present a higher frequency of sexual activity, tend to a greater level of satisfaction, having more confidence in their ability to perform and a better QOL.

Keywords: Female sexuality; Female sexual dysfunction; Physiotherapy in female sexual dysfunction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Ciclo da Resposta Sexual Feminina	16
FIGURA 2 - Vulvodínia Localizada	25
FIGURA 3 - Vulvodínia Generalizada	26
FIGURA 4 - Exercícios de Kegel.....	31
FIGURA 5 - Cones vaginais.....	32
FIGURA 6 - Biofeedback.....	33
FIGURA 7 - Eletroestimulação	34
FIGURA 8 - Massageador perineal	35
FIGURA 9 - Dilatadores	36

LISTA DE SIGLAS

AP – Assoalho Pélvico

DS – Disfunção Sexual

DSF – Disfunção Sexual Feminina

DSH – Desejo Sexual Hipoativo

EENM – Eletroestimulação Neuromuscular

EMG – Eletromiográfico

FSFI – Female Sexual Function Index

MAP's – Músculos do Assoalho Pélvico

QS-F – Quociente Sexual Feminino

QV – Qualidade de vida

TDSH – Transtorno de Desejo Sexual Hipoativo

TMAP – Treino da Musculatura do Assoalho Pélvico

UniRV – Universidade de Rio Verde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
1.1 FUNÇÃO SEXUAL FEMININA	14
1.1.1 Fisiologia da Resposta Sexual Feminina	14
1.1.2 Ciclo da Resposta Sexual Feminina.....	15
1.1.3 Motivação	16
1.1.4 Excitação Subjetiva.....	17
1.1.5 Orgasmo	17
1.1.6 Resolução.....	18
1.2 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA	18
1.2.1 Definição.....	18
1.2.2 Epidemiologia.....	19
1.2.3 Etiologia.....	20
1.2.4 Classificação	21
1.2.5 Distúrbios da Excitação Feminina	21
1.2.6 Distúrbio do Desejo Sexual Hipoativo	22
1.2.7 Transtorno Sexual do Orgasmo	23
1.2.8 Transtorno Sexuais Dolorosos	23
1.2.8.1 Dispareunia.....	23
1.2.8.2 Vaginismo.....	24
1.2.8.3 Vulvodínea	25
1.2.9 Diagnóstico	26
1.2.10 Tratamento	27
1.3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	28
1.3.1 Avaliação Fisioterapêutica das Disfunções Sexuais Femininas	28
1.3.2 Recursos e Técnicas Fisioterapêuticas.....	29
1.3.3 Cinesioterapia	30
1.3.4 Cones Vaginais	32
1.3.5 Biofeedback	33
1.3.6 Eletroterapia.....	34
1.3.7 Terapia Manual	35

1.3.8	Dilatadores	36
2.	OBJETIVOS	37
2.1	OBJETIVO GERAL.....	37
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS	40
	ANEXOS	48
	ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO: FSFI	49
	ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO: QS- F.....	54
	ANEXO 3 – ARTIGO	56

INTRODUÇÃO

A saúde sexual é uma parte importante da saúde reprodutiva humana, porém não é responsável apenas pela função essencial da reprodução na natureza, mas também influi significativamente na qualidade de vida humana, nas condições psicológicas e físicas, no bem estar social e familiar (REIS, 2019).

Podemos considerar a sexualidade como a energia da vida, que possui dimensão fundamental em todas as etapas da vida tanto de homens, como de mulheres. É uma forma de comunicação entre os seres humanos, não se limitando apenas à possibilidade de obtenção do prazer genital, mas envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde.

No entanto, em nossa sociedade, a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, principalmente quando nos referimos a sexualidade feminina, onde ainda encontramos uma certa resistência perpetuada através das gerações, as famílias limitam as meninas no aprendizado e na exploração de sua sexualidade e tratam o sexo e o prazer como algo proibido, perigoso e até mesmo pecaminoso (MOREIRA, 2017).

A função sexual feminina é um fator importante, pois está associada à qualidade de vida da mulher e ao bem-estar da relação conjugal. Porém, a disfunção desta atinge índices extraordinários com prevalência de até 91%. Esse é um fator que afeta a saúde emocional da mulher, pois muitas se sentem envergonhadas e frustradas, além das frequentes cobranças dos parceiros, o que impacta diretamente na conjugalidade (GOMES, 2019).

A falta de conhecimento e informação sobre a fisiologia da resposta sexual, medicamentos, condições uroginecológicas patológicas, problemas de ordem pessoal e conflitos conjugais podem desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e conseqüentemente resultar em algum tipo de disfunção sexual (SILVA; SOUZA; CRUZ, 2018).

De acordo com Umann e Vieira (2010), a função sexual feminina pode ser subdividida em quatro fases da resposta sexual: a fase do desejo, a fase da excitação e platô,

orgasmo e resolução, e quando há alguma alteração em uma destas fases são definidas como um transtorno no ciclo da resposta sexual ou dor, que associada à relação sexual resulta em sofrimento interferindo tanto na qualidade de vida quanto nas relações interpessoais da mulher, caracterizando assim uma disfunção sexual feminina. A DSF vem se tornando um problema e uma queixa cada vez mais frequente em consultórios de ginecologia.

Marques et al (2008), diz que a etiologia das disfunções sexuais é multifatorial (fatores psicossociais e fisiológicos) e pode estar relacionada:

a) Causas orgânicas: doenças crônicas, câncer, gestação e puerpério, agentes farmacológicos, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas, entre outros.

b) Causas psicológicas: fatores individuais (personalidade, baixa autoestima, educação, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, frustração, crenças religiosas); fatores interpessoais (comunicação pobre, relação conflituosa, traições, medo de intimidade) e fatores psicosexuais (aprendizado e atitudes negativos sobre a sexualidade, traumas sexuais, desconhecimento da resposta sexual, expectativas de resposta surreais).

O tratamento da disfunção sexual é de suma importância, pois na questão da saúde propriamente dita a questão sexual desempenha uma função vital para os dois sexos (SILVA; SOUZA; CRUZ, 2018).

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

A Sexualidade afeta o modo como nos relacionamos com os outros e é influenciada pelos próprios aspectos culturais e religiosos do indivíduo (CEREJO, 2006). De acordo com Mendonça et al (2012), a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Estabelece uma perspectiva fundamental do ser humano, abrangendo gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Segundo Lara (2009), e com bases em seus estudos dos princípios de Freud, se o ser humano negligenciar a sua sexualidade, ele jamais se sentirá um ser completo e, portanto, poderá ficar exposto a alterações comportamentais, desde a disfunções leves a mais graves.

1.1.1 Fisiologia da Resposta Sexual Feminina

A resposta sexual normal na mulher é mediada por uma interação complexa de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos (hormonais, vasculares, musculares e neurológicos). A fase inicial da resposta sexual é a do desejo, seguida por quatro fases sucessivas e compreende a excitação, platô, orgasmo e resolução. Quando a mulher se encontra diante de uma situação/estímulo sexual, o desejo sexual pode ser desencadeado: apetite, libido, apetência. Esse processo pode se estender e ser gratificante, traduzindo-se em excitação sexual. A continuação desse fenômeno pode então culminar em resposta orgástica (ANTONIOLI e SIMÕES, 2009)

A resposta sexual é controlada por uma interação delicada e equilibrada entre todas as partes do sistema nervoso, podendo facilmente ser interrompida por afetos negativos ou por conflitos e inibições de ordem física ou psicológica (TOZO, 2007).

O “normal” em sexualidade deve ser encarada à luz de 3 aspectos: sociocultural, biológico e psicológico, existindo uma norma social, biológica e pessoal:

- Ponto de vista Sociológico: sexualidade normal é aquela praticada pela maioria dos indivíduos de uma sociedade. Sendo desvio, tudo que foge dessa regra. Portanto o que é "normal" numa sociedade ou num período de tempo, pode ser considerado anormal sob outras circunstâncias.
- Ponto de vista Biológico: sexo normal é aquele que sob o qual se obtém a resposta fisiológica hígida. Quando essa capacidade responsiva está íntegra, o indivíduo é biologicamente "normal" ou funcional. A falha em alguma fase dessa resposta, caracteriza o indivíduo com disfunção.
- Ponto de vista Psicológico: o "normal" é aquele considerado dentro da visão pessoal de cada indivíduo. O importante é a satisfação e adequação intra e interpessoal de cada um. O indivíduo satisfeito com seu comportamento sexual e do parceiro ele está adequado sexualmente, do contrário ele é inadequado (BRITTO et al, 2018).

1.1.2 Ciclo da Resposta Sexual Feminina

O estímulo sexual é reconhecido pelas informações processadas pelo cérebro, por experiências emocionais positivas e negativas. Contudo, a resposta ao estímulo ocorre primeiro em nível inconsciente e, posteriormente, de forma consciente. Por isso, se na intimidade há a interação entre o aspecto emocional e o bem-estar físico, conseqüentemente, incide o bom funcionamento do ciclo sexual (COSTA et al, 2018).

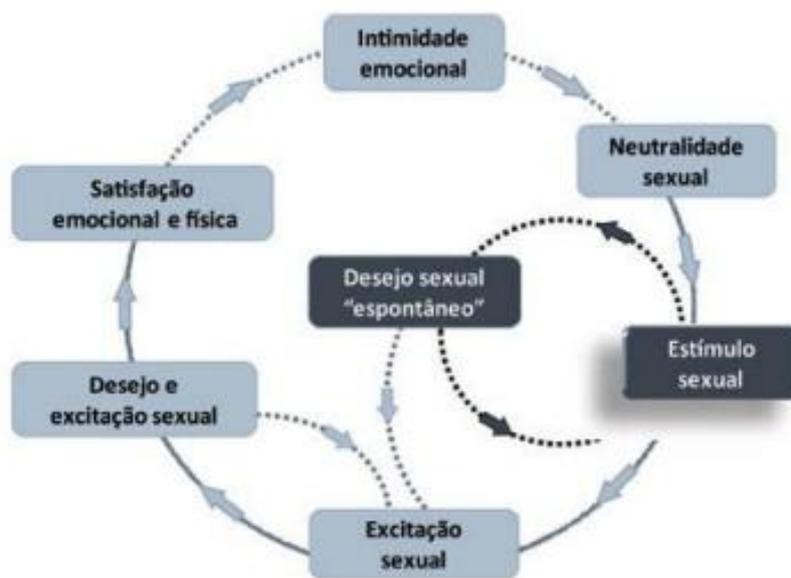
De acordo com Batista (2017), o ciclo de resposta sexual da mulher, didaticamente dividido em cinco fases:

- Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo;
- Excitação subjetiva, com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado;
- Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo;
- Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico;
- Satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos.

Para que uma mulher reconheça seu estado de excitação física por vezes é necessário que esta seja validada previamente pela sensação de intimidade e segurança no relacionamento,

embora também seja possível a obtenção da excitação a partir de um estado de neutralidade sexual (LERNER, 2012).

FIGURA 1 - Ciclo da Resposta Sexual Feminina



Fonte: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-09052017-162017/publico/TeseNathalieLeister.pdf>

1.1.3 Motivação

A motivação é um estado de acrescido interesse para um objetivo específico estando associada à experiência de satisfação e ao comportamento sexual. O impulso sexual é manifestado por uma resposta de excitação fisiológica espontânea e endógena pautada por tumescência peniana ou lubrificação vaginal, fantasias e sonhos eróticos, procura de atividade sexual ou masturbação, resultando no componente biológico do desejo. A vontade sexual relaciona-se ao contexto, fazendo alusão às normas e valores culturais aos quais o sujeito recorre para iniciar um comportamento sexual. E por último, a motivação sexual é apresentada como o componente psicológico que melhor predirá a presença ou ausência do desejo sexual e que é influenciado pelo estado mental do indivíduo, fatores interpessoais e o contexto social (BARRETO, 2014).

1.1.4 Excitação Subjetiva

A resposta sexual envolve componentes subjetivos ou vivenciais, fisiológicos e comportamentais. Uma vez que facilita o envolvimento feminino, a excitação sexual subjetiva torna-se elemento essencial para o início da experiência sexual. Na excitação subjetiva, o afeto positivo e os pensamentos relacionados à própria excitação sexual são os principais preditores positivos (FLEURY e ABDO, 2018).

Os diversos tipos de estímulos existentes e fundamentais para excitar uma pessoa são muito subjetivos e peculiares a cada indivíduo, pois dependem da fase de vida que se encontra, além dos aspectos socioculturais que tem importância relevante. Também é necessário comentar que na superfície corpórea existem as zonas erógenas, porém estas podem variar de pessoa a pessoa, e o que for agradável e prazeroso para um, poderá não ser para o outro (HOLANDA, 2010).

1.1.5 Orgasmo

De acordo com Marques et al (2008), é uma descarga de imenso prazer, tensão que aumenta, atinge o auge, e é descarregada, gerando relaxamento corporal”. É a fase de excitação máxima, com grande vasocongestão e miotomia rítmica da região pélvica, acompanhada de grande sensação de prazer, seguida de relaxamento e involução da resposta (resolução).

São múltiplas contrações prazerosas na genitália, sendo a primeira mais intensa e as demais vão ficando mais fracas até que cessam, então, levando a uma sensação de relaxamento geral. O clitóris fica ereto, os batimentos cardíacos e o ritmo da respiração aceleram-se. Essa estimulação pode ser causada pela atividade sexual, pela masturbação, pelo sexo oral, por vibrador e outros modos (LARA, 2019).

Um orgasmo, portanto, pode variar em sua intensidade. Trata-se da sensação física de satisfação. A descarga sexual para merecer o termo “orgasmo” deve ser fisicamente satisfatória. A mulher pode até chegar a um clímax clitoriano, o assim chamado orgasmo

clitoriano, com uma certa sensação de descarga, mas sem nenhuma sensação de satisfação (HAMPF, 2015).

1.1.6 Resolução

A resolução, consiste em uma fase gradual e progressiva de retorno dos elevados níveis de clímax e excitação aos níveis básicos de tensão sexual (COSTA et al, 2018). De acordo com Hentschel et al (2006), a resolução é a última fase, nela lentamente o organismo retorna às condições iniciais e o útero reassume sua posição original, o colo “retorna” para dentro da vagina, a qual perde o tônus.

De acordo com Reis (2019), esta fase é um estado subjetivo de bem-estar onde predomina o relaxamento muscular, a lassidão e certo torpor, desaparecendo com a fase orgástica. Em caso de orgasmos múltiplos, a mulher tende a se manter no estado de platô, sem retroceder para a fase de excitação e no caso de não orgasmo, a fase da resolução é mais vagarosa.

1.2 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

1.2.1 Definição

A disfunção sexual (DS) é definida como uma situação na qual o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro. É considerado problema de saúde pública que afeta significativamente a vida das mulheres e de seus parceiros. A disfunção sexual feminina (DSF) é definida como qualquer alteração ou dor em uma ou mais etapas do ciclo da resposta sexual (MARQUES et al, 2015).

A DS, cuja prevalência varia entre 20 a 73% nas mulheres, é um comportamento resultante de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se

torna um bloqueio total ou parcial da resposta sexual do indivíduo, relacionada ao desejo, à excitação e ao orgasmo (HOLANDA et al, 2014).

As DSF são desordens psicossomáticas que não permitem a mulher ter relação sexual e sentir prazer durante o ato, ou seja, quando fisiologicamente há uma alteração no ciclo de resposta sexual (SOUZA et al, 2020). Na mulher a disfunção sexual também pode se manifestar por vaginismo e dispareunia, resultando em angústias pessoais e dificultando tanto as relações interpessoais quanto a qualidade de vida (FERREIRA et al, 2007).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP's) desempenham um importante papel na função sexual feminina, quando sadios são volumosos, e isso os capacita a suportar as paredes vaginais. É fato que quando há uma debilidade do funcionamento dos MAP's, a hipotonicidade e o desuso podem influenciar na função sexual feminina. Portanto, fortalecimento dos MAP's colabora para que esses problemas não apareçam, e para este fortalecimento é necessária uma abordagem fisioterapêutica (FORTUNATO et al, 2017).

1.2.2 Epidemiologia

A função sexual adequada é um fator importante de satisfação e qualidade de vida geral; mesmo assim, a DSF continua altamente prevalente com taxas que variam de 20 a 91% (BEZERRA et al, 2018).

No Estudo do Comportamento Sexual foi detectado que 30% das mulheres referiam algum tipo de disfunção sexual. Num estudo realizado em mulheres portuguesas, 77% apresentavam DS embora quase metade não a considerasse um problema. Outra pesquisa também descobriu que as mulheres com DS apresentaram mais ansiedade e que a depressão está intimamente associada a DS, com aumento do risco para o desenvolvimento da mesma (CORREIA et al, 2016).

Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres têm alguma queixa de disfunção sexual. Entre mulheres com queixas, a prevalência de DSH varia de 32 a 58% e a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30% (SILVA, 2015). O desejo sexual hipotivo é em todos os estudos o tipo de disfunção sexual mais prevalente, embora os seus valores possam variar entre 16 e 75%. A disfunção da excitação pode variar entre 12 e 64%, a

disfunção do orgasmo entre 16 e 48% e por fim a disfunção sexual por dor pode existir entre 7 e 58% da população (PAULETA e GRAÇA, 2011).

A incidência de distúrbios sexuais é considerada alta em qualquer população estudada, e uma das queixas principais das mulheres é a falta de desejo, dificuldade de chegar ao orgasmo e dor na relação sexual. Também, mulheres no período gestacional e puerpério queixam-se de alteração sexual, sendo mais comum a dispareunia (dor na relação sexual) (AQUINO, 2019).

1.2.3 Etiologia

As causas de DS nas mulheres são multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais ou até mesmo sendo de causa desconhecida. As mais apontadas na literatura são a idade (acima de 44 anos), o déficit de estrogênio pela menopausa, as cirurgias vaginais, as disfunções sexuais do parceiro, crença religiosa, o desemprego e uma baixa percepção da qualidade de vida. Além disto, fadiga, consumo de álcool ou drogas, gravidez, doenças crônicas e o desuso da musculatura perineal também tem sido mencionada como causas da disfunção (PIASSAROLLI et al, 2010).

Com o envelhecimento, é natural surgirem diminuições e perdas a vários níveis de desejo, sendo também possível ocorrer algum declínio quanto ao funcionamento sexual ou mesmo problemas sexuais que podem afetar a harmonia e a vida sexual do casal. Alguns estudos realizados em diferentes países e culturas têm mostrado que, o baixo nível de escolaridade e a idade podem constituir um importante fator de risco para as disfunções sexuais (VILARINHO, 2010).

De acordo com Silva (2015), os medicamentos que podem contribuir para a disfunção sexual em pacientes com insuficiência cardíaca, são: Anti-hipertensivos, Álcool etílico, Antidepressivos, Barbitúricos, Anti-histamínicos, Diuréticos, Antiespasmódicos, Narcóticos, Sedativos e tranquilizantes.

1.2.4 Classificação

O termo disfunção sexual diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, que incluem frustração, desejo sexual hipotivo, redução da frequência dos intercursos sexuais, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos, como dispareunia, vaginismo, vulvodínia, vestibulodínia e dor sexual não coital. Essa dificuldade de desempenho e da satisfação da mulher na resposta sexual, se constituem em relevante problema de saúde pública e assim, resultam em angústia pessoal significativa e exercem impacto negativo sobre a qualidade de vida, sexualidade e os relacionamentos interpessoais (SOUZA et al, 2020).

A DS devem ser caracterizadas como primárias (quando ocorre desde o início da vida sexual) ou secundárias (adquiridas após um tempo de funcionamento sexual satisfatório), bem como generalizadas (presente em qualquer parceria ou circunstância) ou situacionais (presente em determinadas situações ou parcerias). Adicionalmente, a coexistência de DS e outro transtorno ou condição médica geral resulta em dois diagnósticos distintos (LUCENA, 2013).

1.2.5 Distúrbios da Excitação Feminina

Definida como a incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma excitação sexual suficiente, causando perturbação pessoal ou interpessoal. Pode ser expressa por uma ausência subjetiva de excitação ou por uma falta de lubrificação genital. Essa definição não foca exclusivamente a resposta genital, tendo em conta outro componente da resposta de excitação, que é a excitação sexual subjetiva. De fato, a excitação sexual feminina não é um processo linear ou simplista e contém dois aspectos: a excitação genital como resposta fisiológica de vaso congestão genital e a excitação subjetiva que é uma sensação mental de excitação, desencadeada pela avaliação cognitiva dos estímulos (CARVALHEIRA e GOMES, 2009).

1.2.6 Distúrbio do Desejo Sexual Hipoativo

De acordo com Mendonça (2012), este distúrbio consiste na deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual e não é secundário a outras dificuldades sexuais, como a dispareunia.

O transtorno de desejo sexual hipoativo (TDSH), é uma deficiência ou ausência de fantasias e desejo de ter atividade sexual. A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. O baixo DS pode ser global e abranger todas as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitada a um parceiro sexual ou a uma atividade sexual específica.

Os subtipos para o critério diagnóstico do TDSH oferecidos são:

- Ao longo da vida: se a DS está presente desde o início do funcionamento sexual;
- Tipo adquirido: se a DS se desenvolve apenas após um período de funcionamento normal;
- Devido a fatores psicológicos: quando fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou aumento da DS, e condições médicas gerais e substâncias não exercem qualquer papel na etiologia da DS;
- Devido a fatores combinados: 1- fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou aumento da DS;

2- Uma condição médica geral ou uso de substâncias que possam contribuir como o quadro. Se uma condição médica geral ou uso de substâncias (inclusive efeitos colaterais de medicamentos) é suficiente pra explicar a DS, pode ser diagnosticar DS devido a uma condição médica geral e/ou DS induzida por substâncias (CURTI, 2010).

1.2.7 Transtorno Sexual do Orgasmo

Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual (ABDO e FLEURY, 2006).

Apesar de alcançar altos níveis de excitação (objetiva e subjetivamente) muitas vezes a mulher não atinge o orgasmo, ou existe diminuição acentuada da intensidade orgásmica. Também pode existir grande demora em chegar ao clímax, apesar de estímulos adequados (COSTA, 2009).

De acordo com HAMPF (2015), a anorgasmia é transtorno tipificado pela ausência recorrente de orgasmo, ou atraso significativo, após processo normal de excitação sexual. A anorgasmia atinge um número extremamente grande de mulheres. Uma mulher com disfunção orgásmica pode ficar tão ocupada monitorando a resposta sexual dela própria e do seu parceiro e preocupada em não falhar, que ela própria não consegue relaxar o suficiente para permitir que os seus reflexos naturais cresçam e desencadeiem um orgasmo (LEITE et al, 2019).

Holanda (2010), diz que a disfunção orgásmica está classificada em:

- Cronológica: Primária (quando nunca houve a percepção orgásmica) ou secundária (quando já houve o acontecimento fortuito do orgasmo).
- Causal: Geral (a disfunção sempre ocorre) ou circunstancial (depende das circunstâncias como parceiro, estímulo, local, etc).

1.2.8 Transtorno Sexuais Dolorosos

1.2.8.1 Dispareunia

A dispareunia por sua vez, pode ser definida como uma dor genital persistente ou recorrente, que ocorre antes, durante ou após o coito e acomete 26% da população feminina. As possíveis causas dessa disfunção estão associadas a prejuízos na região pélvica durante

o parto, endometriose, doenças inflamatórias pélvicas e vaginais, além de infecções nessas regiões, problemas associados a fatores psicológicos como depressão e abuso sexual e a ocorrência de vulvodínia (LIMA et al, 2016).

É caracterizada por dor genital associada ao intercurso sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercurso (MENDONÇA et al 2012). O termo dispareunia é utilizado para descrever também a dor durante o estímulo sexual. Ela pode ser considerada primária e secundária, sendo que a secundária normalmente acontece depois de 10 anos do início da atividade sexual (AQUINO, 2019).

De acordo Matthes (2019), a dispareunia primária é definida como dor durante o coito sem causa orgânica, com a dor ocorrendo exclusivamente devido à incompatibilidade entre o tamanho do pênis ou o que penetra e o tamanho da vagina, em condições superficiais e profundas e está diretamente relacionada ao objeto que está penetrando a vagina, por isso sempre ocorrerá dor com o mesmo companheiro, em condições idênticas de atividade sexual. Por outro lado, a dispareunia secundária, diferentemente da primária, sempre tem uma causa orgânica, que causa dor ao toque ou à movimentação e o órgão sexual que a penetra é insuficiente para causar uma distensão vaginal, mesmo que seja na primeira relação sexual.

Por último, uma mulher pode ter dispareunia primária e secundária ao mesmo tempo, portanto, se tornando mista apresentando qualquer causa pélvica orgânica que causa dor ao toque ou à movimentação e o órgão sexual que a penetra é suficiente para causar uma distensão vaginal traumática.

1.2.8.2 Vaginismo

O vaginismo é um distúrbio caracterizado pela contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico e da vagina, o que tornam as relações sexuais difíceis ou impossíveis e tende a ser um problema psicossomático, ou seja, apesar de numa elevada porcentagem de casos a etiologia parece estar relacionada com problemas psicológicos, a reação espasmódica impeditiva da penetração é física. Em termos psicológicos, muitas dessas mulheres partilham um passado de relações sexuais traumáticas, aversão sexual ou condicionamentos familiares e/ou religiosos negativos relativos ao sexo, antecedentes não descritos no nosso caso (CARVALHO et al, 2017).

De acordo com Moreira (2013), o vaginismo é reconhecido como disfunção sexual e uma síndrome eminentemente psicossomática, apesar de interrogações se a dispareunia é realmente uma disfunção sexual e é consequência da dor e do medo da dor, sendo seu tratamento realizado com abordagem social, psicológica e física.

1.2.8.3 Vulvodínea

A vulvodínea é um tipo de dor crônica específica associada à hipersensibilidade local da vulva, que pode ser provocada pelo contato ou espontaneamente. É a causa mais comum de dor durante a penetração no ato sexual em mulheres abaixo dos 30 anos (LATORRE et al, 2015). Pode ser classificada em espontânea ou provocada (por contato, relação sexual), e em generalizada ou localizada (vestibulodínea, clitorodínea, hemivulvodínea).

De acordo com Monteiro et al (2015), a vulvodínea localizada pode ainda ser subdividida em primária (dor iniciada desde a primeira relação sexual) e secundária (após um período de função sexual normal). A vulvodínea generalizada é descrita como dor ou queimação na vulva, incluindo monte pubiano, grandes e pequenos lábios, vestíbulo e períneo, esta dor pode ser constante ou intermitente, de surgimento abrupto ou gradual, variando de leve desconforto a dor intensa que limita as atividades diárias (como sentar-se).

FIGURA 2- Vulvodínea Localizada

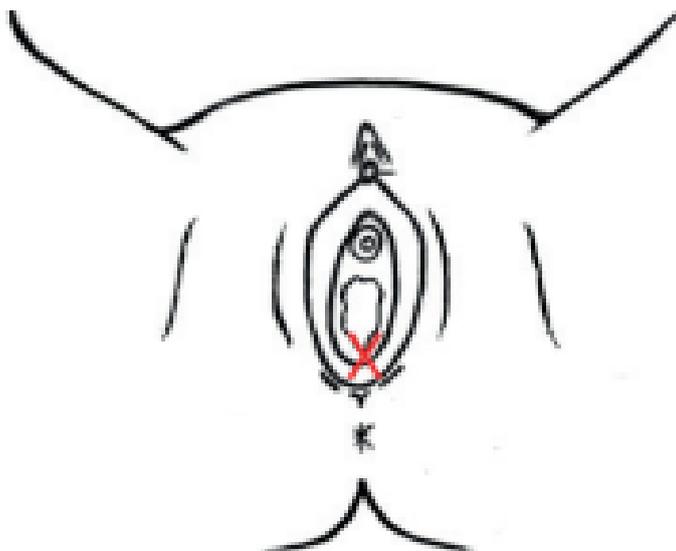
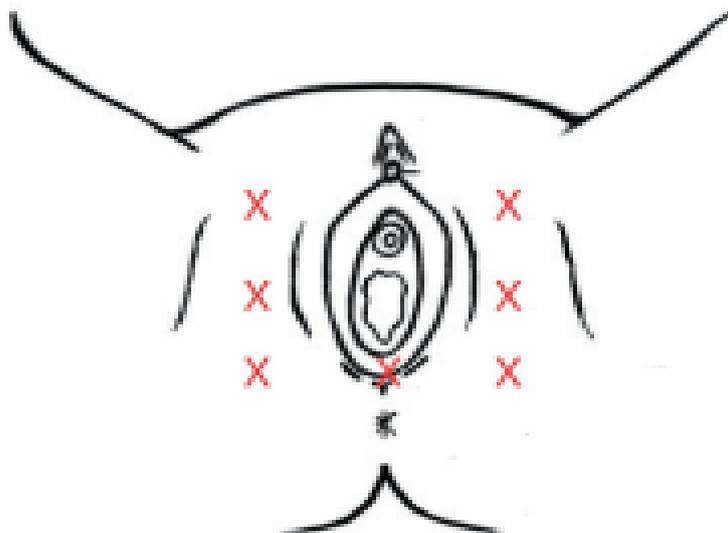


FIGURA 3 - Vulvodínia Generalizada



Fonte: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4930.pdf>

1.2.9 Diagnóstico

O diagnóstico da disfunção sexual feminina (DSF) é comprometido pela dificuldade tanto da mulher quanto do profissional de saúde de abordar aspectos da intimidade sexual. O não tratamento da DSF pode prejudicar outros aspectos da vida da mulher e gerar sintomas de ansiedade e depressão podendo funcionar como mantenedores da disfunção. A terapia sexual deve superar a melhora do desempenho no ato sexual sobrepujando os conflitos emocionais e interpessoais que acompanham a queixa sexual (SILVA, 2015). Para o diagnóstico de uma disfunção sexual, ele deve estar presente em torno de seis meses, ser persistente e recorrente e causar sofrimento pessoal e interpessoal (INSTITUTO PAULISTA DE SEXUALIDADE, 2020).

De acordo com Carvalheira e Gomes (2009), a avaliação diagnóstica deve incluir:

- A descrição do problema;
- A história psicossocial;
- Fatores psicológicos;
- Fatores relacionais ou interpessoais;

- O contexto;
- História médica;
- Fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção.

O exame físico pode ser necessário. Quando o foco específico é a disfunção sexual, tal exame é intrusivo e pode despertar emoções ligadas às experiências sexuais passadas coercivas/abusivas e/ou dolorosas. O procedimento precisa ser explicado e o esclarecimento da mulher, bem como o seu consentimento, devem ser confirmados. Salienta-se que o exame da genitália no estado de não excitação tem valor limitado (ABDO, 2010).

Do diagnóstico ao tratamento, os transtornos da sexualidade implicam, sempre e necessariamente, uma visão psicossomática. A abordagem interdisciplinar desses problemas é, portanto, fundamental. A caracterização e a avaliação de disfunção no AP são geralmente feitas com mais eficiência por um ginecologista ou por um fisioterapeuta que cuida das disfunções pélvicas (BATISTA, 2017).

1.2.10 Tratamento

Recomenda-se uma abordagem multidisciplinar, visto que componentes psicológicos e relacionais tornam insuficiente o tratamento apenas medicamentoso. A terapêutica inicia-se pelos aspectos mais gerais relacionados à melhora do bem-estar emocional e físico, com a identificação de sintomas de depressão e ansiedade, abuso de álcool ou uso de substâncias químicas, adequação do sono, exercícios, alimentação e uso de medicações. Na presença de doenças ou sintomas psicológicos importantes, deve-se encaminhar a um profissional especializado (FLEURY; ABDO, 2012).

De acordo com Troncon et al (2017), é necessário orientar as mulheres que não devem interromper as relações sexuais durante o tratamento, pois seu desempenho, bem como dificuldades apresentadas, serve de parâmetros para a evolução do quadro, bem como para nortear a conduta terapêutica.

Os exercícios fisioterapêuticos auxiliam muito as mulheres no ato sexual, e destacam-se como tratamento não invasivo, pois melhoram a função e o desempenho sexual, a dispareunia e a incontinência ao coito (ALBUQUERQUE, 2012).

1.3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

1.3.1 Avaliação Fisioterapêutica das Disfunções Sexuais Femininas

A fisioterapia apresenta um avanço relativamente recente no tratamento da DSF e pode ser uma alternativa eficaz para mulheres que apresentam essas disfunções. O tratamento proporciona melhora da saúde sexual, maior autoconsciência, autoconfiança, melhora da imagem corporal e diminuição da ansiedade (TRINDADE e LUZES, 2017).

Ao longo da última década vem ganhando destaque por ser uma alternativa eficaz para mulheres que apresentam essas disfunções. Os fisioterapeutas são responsáveis pela avaliação urogenital e educação comportamental das pacientes, promovendo através da cinesioterapia a melhora da saúde sexual, maior autoconsciência e diminuição das dores pélvicas (SOUZA et al, 2020).

O tratamento fisioterapêutico inclui anamnese da paciente com inspeção visual e palpação do AP, identificação das condições da musculatura, pontos de dor, presença de incontinências urinária, fecal e flatos, distopias, testes de sensibilidade (táctil, térmica e dolorosa) e reflexos na região pélvica e do AP (BATISTA, 2017).

De acordo com Hentschel et al (2006), outra forma de avaliação é através de questionários. O Female Sexual Function Index (FSFI) é um instrumento validado que avalia a função sexual de mulheres. A escala teve avaliação psicométrica, incluindo estudos de confiabilidade, validade de convergência e de discriminação. O FSFI é um teste escrito que tem seis subescalas, sendo elas:

- Desejo (questão 1,2);
- Excitação (questão 3,4,5,6);
- Lubrificação (questão 7,8,9,10);
- Orgasmo (questão 11,12,13);
- Satisfação (questão 14,15,16);
- Dispaurenia (questão 17,18,19).

O escores são somados e originam um escore final que pode variar de 2 a 36, sendo que escores mais altos indicam um melhor grau de função sexual. O questionário é composto por 19 questões sobre a atividade sexual nas últimas 4 semanas.

De acordo com Pirenetti (2014), outro questionário utilizado para o diagnóstico é o Questionário do Quociente Sexual (QS - F), onde ele irá avaliar o desempenho/satisfação sexual feminino, é um instrumento que conforme ficou constituído, compõe-se de 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. No final estas questões são agrupadas e são avaliados os seguintes aspectos:

- Desejo e interesse sexual (questões 1,2,8);
- Preliminares (questão 3);
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4,5);
- Conforto na relação sexual (questões 6,7);
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9,10).

Escore baixos para as questões 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta as preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e recepção à penetração). Escores baixos para estas questões significam pouca resposta ao estímulo sexual. Escore alto para a pergunta 7 confirma a presença de dor à relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos para as questões 9 e 10.

O escores são somados e originam um escore final que pode variar de 0 a 100, sendo que escores mais altos indicam um melhor grau de função sexual.

1.3.2 Recursos e Técnicas Fisioterapêuticas

A fisioterapia possui ações eficazes e de baixo custo para o tratamento não farmacológico das DSF, constituindo uma área recente e pouco conhecida pela equipe que responde pelos cuidados da saúde da mulher, tendo um importante papel na avaliação, prevenção e tratamento das DSF. Os objetivos dos tratamentos possibilitados pela fisioterapia para as DSF, são: aumentar a conscientização e propriocepção da musculatura,

melhorar a discriminação muscular e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular, aumentar a elasticidade na abertura vaginal e dessensibilizar zonas dolorosas, e reduzir o medo da penetração vaginal (SILVA e ABREU, 2014).

De acordo com Lima et al (2016), a conscientização quanto ao entendimento da fisiopatologia e das alterações da resposta sexual é fundamental antes do início do tratamento como forma de educar as mulheres sobre sua condição. Elas por sua vez, aprendem que a musculatura do assoalho pélvico (MAP's) deve relaxar para que permita a penetração peniana e com isso a realização do coito de maneira adequada. Fazendo parte de uma conscientização eficaz, a reeducação muscular através da técnica de contrair e relaxar melhora o relaxamento dos MAP's.

1.3.3 Cinesioterapia

A cinesioterapia, também conhecida como treino da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) ou exercícios de Kegel, tem sua aplicabilidade no tratamento das DSF, devido ao recrutamento muscular local com conseqüente incremento da vascularização pélvica e sensibilidade clitoriana. Tal fato promove melhora da excitação e da lubrificação (WOLPE et al, 2015).

FIGURA 4- Exercícios de Kegel



Fonte: <http://balancepilates.com.br/>

Arnold Kegel, médico ginecologista, em 1948, foi o primeiro a introduzir o treinamento da musculatura do assoalho pélvico feminino. Embora Kegel tenha recomendado a realização de até trezentas contrações diárias para promover o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, estudos recentes indicam que menor número de repetições podem ser igualmente ou até mesmo, mais eficazes. Como resultados, espera-se desenvolver maior consciência e atividade dos músculos do assoalho pélvico o que aumentará o controle ativo das funções esfincterianas (PALMA, 2009).

Os exercícios da série de Kegel baseiam-se em contrações voluntárias da musculatura do assoalho pélvico, onde são intercaladas as contrações mantidas com as rápidas, com o propósito de estimular as fibras musculares do tipo I e do tipo II do assoalho pélvico. O posicionamento em decúbito dorsal e ventral promovem maior facilidade e eficiência na contração do períneo, estes exercícios perineais devem ser realizados com a bexiga sem nenhum volume de líquido e a paciente mantém a contração dos músculos do assoalho pélvico durante o período de 10 segundos, posteriormente relaxa os músculos seguindo uma ordem de 10 repetições, três vezes ao dia (BUZO et al, 2017).

1.3.4 Cones Vaginais

Os cones vaginais promovem uma atividade contrátil muscular mais específica e eficaz, pois para que a paciente possa mantê-los na vagina necessita de contração dos MAP's (DREHER et al, 2009). De acordo com Silva e Oliva (2011), os cones vaginais atuam estimulando o recrutamento das fibras do tipo I (contração lenta) e do tipo II (contração rápida), melhorando a propriocepção da musculatura pélvica e promovendo aumento de força muscular. Essa referência aponta ainda que os cones têm resultados favoráveis em 60 a 80% dos casos, e que os exercícios de Kegel associados ao uso dos cones vaginais não são melhores que cada uma das técnicas isoladamente.

De acordo com Lunieres e Mejia (2006), a maioria das mulheres são incapazes de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e a presença de um fisioterapeuta, já que a informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação. Souza et al (2020) diz que, os cones vaginais tem a finalidade de proporcionar melhora na força muscular, resistência e promove aumento da conscientização da contração do MAP's.

Os cones possuem cargas estimadas, que variam de 20 a 70 gramas, e devem ser usados de maneira específica respeitando a individualidade de cada paciente. Conforme se obtém as evoluções, é recomendado realizar o aumento gradual da carga (SOUZA et al, 2020).

FIGURA 5 - Cones vaginais



1.3.5 Biofeedback

O uso do biofeedback em associação a eletromiografia (EMG) colabora na eficácia de aprendizado do controle motor pelo paciente, aumentando o índice de sucesso da terapia, que se refere à redução da dor durante o coito e à melhora da qualidade de vida das mulheres que têm esses transtornos (LIMA et al, 2016). Lantyer; Viana; Padovani (2013), diz que biofeedback eletromiográfico (EMG) mostra a atividade elétrica muscular em tempo real, buscando a própria regulação direta da atividade muscular com o objetivo de induzir o relaxamento.

De acordo com Potrick (2002), o biofeedback é uma ferramenta importante que propicia medição, avaliação e tratamento de disfunções neuromusculares. Com a eletromiografia, o paciente é provido de informações sobre o funcionamento do músculo ou grupo muscular acometido. Usando as informações provindas do equipamento, o paciente aprende a relaxar músculos excessivamente tensos, ativar a musculatura fraca e melhorar a coordenação da atividade motora. Quando os exercícios são associados ao biofeedback, ou a equipamentos que permitem a conscientização muscular através da visibilização de sinais, os resultados obtidos na recuperação do assoalho pélvico são superiores à terapêutica isolada.

FIGURA 6 – Biofeedback



1.3.6 Eletroterapia

A eletroestimulação neuromuscular (EENM) é a utilização de corrente elétrica que incita a inervação da víscera pélvica ou o suprimento de sua inervação. O propósito que se pretende alcançar com a EENM é levar a uma resposta terapêutica. A utilização dessa técnica tem por objetivo propiciar a contração passiva da musculatura perineal, indicando extrema relevância na conscientização da contração desta musculatura em pacientes que têm dificuldade de reconhecê-la. Sua execução pode ser por meio de eletrodos endovaginais interligados a um gerador de impulsos elétricos, que possibilitam a contração do períneo (SILVA, 2017).

De acordo com Buzo et al (2017), a eletroestimulação consiste na colocação intravaginal de um dispositivo aproximadamente 7cm de comprimento e 2,5 de diâmetro. Esta corrente caracteriza-se como um estímulo elétrico de baixa frequência de 10 a 50Hz, onde sua intensidade é ajustada a nível da paciente, para que não se torne desagradável, sendo suficiente para a percepção da contração da musculatura pélvica. A técnica envolve a estimulação do nervo pudendo, realizando a contração passiva da musculatura perineal, sendo muito eficaz na conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular.

FIGURA 7- Eletroestimulação



Fonte: http://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_5950f2933dbcf.pdf

1.3.7 Terapia Manual

A massagem perineal consiste em uma técnica fisioterapêutica manual de deslizamentos e liberação miofascial de trigger point, na região pélvica. Proporciona um efeito inibitório da tensão muscular, provocando relaxamento e alongamento progressivo. Alivia a dor, reduz a resistência muscular e facilita a penetração (LUCHETI et al, 2019). A manobra deve englobar a pele e adjacências da entrada do canal vaginal, com predominância na porção muscular localizada a cerca de dois centímetros para dentro da vagina, com o objetivo promover um relaxamento progressivo dos músculos pélvicos e dos tecidos locais adjacentes (SILVA e ABREU, 2014).

A massagem é muito efetiva, pois promove a normalização do tônus muscular por meio de ações reflexas e mecânicas, e ocorre um aumento da circulação sanguínea, da flexibilidade muscular e do fluxo linfático (DELGADO et al, 2015).

FIGURA 8- Massageador perineal



Fonte: <https://www.smafisioterapia.com.br/produto/fisioterapia/uroginecologia>

1.3.8 Dilatadores

Na técnica de dilatação gradual, são colocados dilatadores de silicone ou de material emborrachado lubrificados no canal vaginal como sondas que podem ser insufladas. Primeiramente, os dilatadores devem ser pequenos; seu tamanho deve ser aumentado gradualmente, à medida que a tolerância da mulher também aumente. A técnica de dilatação também pode ser praticada usando os dedos (TOMEN et al, 2015).

A sequência de exercícios consiste em introduzir e manter sem movimentar o dilatador dentro na vagina por 5 a 15 minutos, conforme tolerância na primeira semana, evoluindo, na segunda semana, para introdução e retirada parcial e após, na terceira semana, para introdução e retirada completa do dilatador no limite de tolerância dolorosa, podendo retornar à etapa anterior se apresentar muita dificuldade e/ou dor (ARAUJO e SCALCO, 2019).

FIGURA 9 - Dilatadores



Fonte: <https://www.smafisioterapia.com.br/index/categoria/fisioterapia/uroginecologia/>

O uso de dilatadores vaginais associados a técnicas de relaxamento muscular para mulheres em tratamento do vaginismo, objetiva distender o introito vaginal e evitar a ansiedade pela penetração (SILVA e ABREU, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento bibliográfico sobre a atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apurar os tipos, causas e epidemiologia das disfunções sexuais femininas;
- Identificar os possíveis recursos fisioterapêuticos aplicados ao tratamento das disfunções sexuais femininas;
- Identificar os princípios e benefícios dos recursos fisioterápicos no contexto do tratamento;
- Identificar métodos de avaliação clínica com questionários.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura, cuja estratégia de busca inclui artigos científicos de periódicos disponíveis nas bases de dados eletrônicas BIREME, LILACS, MEDLINE, SCIELO, PUBMED, com informações atualizadas, pesquisas essas também realizadas na Biblioteca Central da Universidade de Rio Verde (UniRV), pertinentes ao tema.

O estudo inclui pesquisas publicadas no período de 2002 a 2020, abrangendo os idiomas português, inglês e espanhol, sendo incluídos somente os artigos relacionados a fundamentação do estudo. Foram encontrados o total de 68 artigos para a obtenção de informações necessárias para confecção do estudo relacionado a importância da fisioterapia na disfunção sexual feminina, ressalta-se que houve dificuldades para encontrar sobre o tema, devido a escassez de estudo da área.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta revisão bibliográfica foi observado a importância da fisioterapia na saúde da mulher, em específico na função sexual, tendo a Disfunção Sexual Feminina (DSF) cada vez mais evidente como parte de uma boa qualidade de vida (QV).

A sexualidade é algo fundamental ao ser humano, tornando-se de extrema importância na estrutura da identidade de cada, englobando aspectos biológicos, afetivos, amorosos e até mesmo, religiosos. Contudo apesar da relevância do tema, observa-se uma escassez de estudos nessa área, e apesar da prevalência expressiva da disfunção sexual feminina, a sua compreensão ainda não está suficientemente estabelecida, portanto sugiro que é necessário a realização de novos estudos (estudos de coorte/epidemiológicos/ensaios clínicos, dentre outros).

Portanto, quando se aborda tratamento conservador, a fisioterapia está inclusa com diversos recursos fisioterapêuticos, e cada vez mais mostrando resultados eficazes ao tratamento da DSF. A fisioterapia é de extrema importância na função sexual feminina, pois o padrão de satisfação das mulheres ser bom, estão associados a prática sexual e sua frequência, sendo assim, mulheres que apresentam uma frequência de atividade sexual mais elevada, tendem a um maior nível de satisfação, tendo mais confiança na sua capacidade de realização e uma melhor QV.

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento, *Diagn Tratamento*, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a88-90.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions. *Rev. Psiq. Clín.* v.33, n.3, p.162-167, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/acp/article/view/17061/19056>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

ALBUQUERQUE, J. H. D. Avaliação comparativa da satisfação sexual de mulheres climáticas e adultas jovens. *Universidade Estadual da Paraíba- UEPB*, Campina Grande (PB), 2012. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/505/1/PDF%20-%20J%C3%A9ssica%20Herm%C3%ADnio%20de%20Albuquerque.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2020.

ANTONIOLI, R.D.S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev. Neurociência*, v.18, n.2, p.267-274, Teresópolis - RJ, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489/6023>>. Acesso em: 15 set. 2020.

AQUINO, L. H. D. C. Intervenções fisioterapêuticas na dispareunia. *Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, Ariquemes-RO, 2019. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2579/1/TCC_LAURA_ORGANIZADO.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

ARAÚJO, T.G.D.; SCALCO, S.C.P. Transtornos de dor gênito-pélvica/penetração: uma experiência de abordagem interdisciplinar em serviço público. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v.30, n.1, p.54-65, Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/72/72>. Acesso em: 22 out. 2020.

BARRETO, D. M. Desejo e motivação sexual numa amostra de mulheres portuguesas heterossexuais e pré-menopáusicas: fatores de proteção e vulnerabilidade. *Universidade do Porto*, Portugal, Jun, 2014. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/143404383.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2020.

BATISTA, M. C. D. S. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Diagn Tratamento*. v.22, n.2, p.78-82, 2017. Disponível em: <http://www.associacaopaulistamedicina.org.br/assets/uploads/revista_rdt/c1ea16148a488f08e21a6219ff33637c.pdf#page=33>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BEZERRA, K.D.C.; FEITOZA, S.R.; VASCONCELOS, C.T.M.; KARBAGE, S.A.L.; SABOIA, D.M.; ORIÁ, M.O.B. Função sexual de universitárias: estudo comparativo entre Brasil e Itália. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.3, n.71, p.1511-1517, Fortaleza-CE, dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1428.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

BRITTO, D.F.; ARAÚJO, J.S.A.; COELHO, R.A. Avaliação da sexualidade. *Universidade Federal do Ceará*, 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1106177/PRO.MED-GIN.040+-+ABORDAGEM+SEXUALIDADE.pdf/0b77f3cf-9b4a-4b05-859c-3a0e5e661db0>. Acesso em: 15 set. 2020.

BUZO, D.F.D.C.; CRUZ, N.C.D.; GARBIN, R.D.F. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na satisfação sexual feminina. *Faculdades Integradas de Fernandópolis*, 2017. Disponível em: http://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_5950f2933dbcf.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

CARVALHEIRA, A.A.; GOMES, F.A. A disfunção sexual na mulher, 2009. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_07.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

CARVALHO, J.C.G.R.D.; AGUALUSA, L.M.; MOREIRA, L.M.R.; COSTA, J.C.M. Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo. *Revista Brasileira de Anestesiologista*, v.6, n.67, p.632-636, Portugal, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rba/v67n6/pt_0034-7094-rba-67-06-0632.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

CEREJO, A. C. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Clin Geral*, v.22, n.6, 2006. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10303/10039>. Acesso em: 24 out. 2020.

CORREIA, L.S.; BRASIL, C.; SILVA, M.D.D.; SILVA, D.F.D.C.; AMORIM, H.O.; LORDÊLO, P. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Rev Port Med Geral*, Bahia, n.32, p.405-409, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n6/v32n6a07.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

COSTA, C. A. D. Disfunções sexuais femininas. *A saúde da mulher*, v.1, n.7, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.drcarlos.med.br/artigo_007.html. Acesso em: 14 set. 2020.

COSTA, C.K.L.D.; SPYRIDES, M.H.C.; MARINHO, A.C.N.; SOUSA, M.B.B.D. Physical therapy care in female sexual function: educational intervention of the pelvic floor muscles. *Fisioterapia Brasil*, v.19, n.1, p.65-71, 2018. Disponível em: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2183/pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

CURTI, P. A. Disfunção Sexual - inibição do desejo sexual feminino e sintomas depressivos. *Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)*, Campo Grande, 2010. Disponível em:

<<https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8162-disfuncao-sexual-inibicao-do-desejo-sexual-feminino-e-sintomas-depressivos.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2020.

DELGADO, A.M.; FERREIRA, I.S.V.; SOUSA, M.A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Revista Científica da Escola da Saúde*, ano 4, n° 1, p. 47-56, out. 2014/ jan. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>>. Acesso em: 13 out. 2020.

DREHER, D.Z.; BERZELI, E.M.; STRASSBURGER, S.Z.; AMMAR, A.Z.E. Strengthening of pelvic floor muscles using vaginal cones: a home care program. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v.19, n.1, p.43-49, jan./mar., 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/2130/9abf0ee57b2338e92059c6dd95af4d888d50.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2020.

FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Abr/Jun., 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

FLEURY, H.J.; ABDO, C.H.N. Excitação sexual feminina subjetiva. *Diagn Tratamento*, v.23, n.2, p.66-69, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904908/rdt_v23n2_66-69.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

FLEURY, H.J.; ABDO, C.H.N. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. *Diagn Tratamento*, v.17, n.3, p.133-7, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n3/a3107.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

FORTUNATO, G.L.; ALIBERT, P.I.; ANGELIN, E.C.N.; GRUBER, C.R. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. *Cadernos da Escola de Saúde*, v.2, n.6, p.143-158, Curitiba, 2017. Disponível em: <<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2336>>. Acesso em: 18 set. 2020.

GOMES, G. L. P. Disfunção sexual feminina na relação conjugal: uma revisão de literatura, *Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO*, Juazeiro do Norte, 2019. Disponível em: <<https://unileao.edu.br/repositoriobibli/tcc/GERDA%20LUCIA%20PEIXOTO%20GOME S.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

HAMPF, H. M. Fisiologia do orgasmo feminino. *Universidade Candido Mendes*, Ponta Grossa-PR, 2015. Disponível em: <https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/50441.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPPE, E.; GOLDIM, J.R.; PASSOS, E.P. Physiological aspects and disorders of female sexuality. *Rev. HCPA*, v.26, n.2, p.61-65, 2006. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/100247/56005>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HOLANDA, J. B. D. L. Fatores associados às disfunções sexuais em mulheres no período pós parto. *Universidade Federal de São Paulo*, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/9637/Publico-439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 out. 2020.

HOLANDA, J.B.D.L.; ABUCHAIM, E.D.S.V.; COCA, K.P.; ABRÃO, A.C.F.D.V. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm*, v.27, n.6, p.573-8, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/apv/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0573.pdf>>.

LANTYER, A.D.S.; VIANA, M.D.B.; PADOVANI, R.D.C. Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 131-140, jan./abril 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psuf/v18n1/v18n1a14.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

LARA, L. A. D. S. SEXUALIDADE, saúde sexual e medicina sexual: panorama atual. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, v.31, n.12, p.583-585, Ribeirão Preto - SP, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n12/v31n12a01.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

LARA, L.A.D.S.; LOPES, G.P.; SCALCO, S.C.P.; VALE, F.B.C.; RUFINO, A.C.; TRONCON, J.K.; ABDO, C.H.C.; SERAPIÃO, J.J.; AGUIAR, Y. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. *Femina*, Goiás, v. 47, p. 68, 2019. ISSN 2.

LATORRE, G.F.S.; MANFREDINI, C.C.; DEMETERCO, P.S.; BARRETO, V.M.N.F.; NUNES, E.F.C. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. *Femina*, nov./dez, v.43, n.6, Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n6/a5325.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020.

LEITE, B.; RIGO, É.; MIRANDA, H.J.C.D.; BARAZZETTI, L. Prevalência de disfunções sexuais femininas – uma revisão bibliográfica. *VII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG*, v.7, n.7, 2019. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/3931>>. Acesso em: 15 out. 2020.

LERNER, T. Terapia Cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas. Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-24052012-160753/publico/TheoLerner.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

LIMA, R.G.R.; SILVA, S.L.D.S.; FREIRE, A.D.B.; BARBOSA, L.M.A. Tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais dolorosos femininos: revisão narrativa. *Faculdade Estácio*, v.1, n.1, p.2-10, Recife, 2016. Disponível em: <<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/81/29>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

LUCENA, B. B. D. (Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicos. *Universidade de São Paulo*, 2013. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-27092013-150435/publico/BarbaraBragadeLucena.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

- LUCHETI, G.C.; MARTINS, T.; FERNANDES, I. Efeito da massagem perineal no tratamento da disfunção sexual dispareunia. *Centro Universitário Uniamérica*, Foz do Iguaçu/PR, 2019. Disponível em: <<https://pleiade.uniamerica.br/index.php/bibliotecadigital/article/view/585/682>>. Acesso em: 15 set. 2020.
- LUNIERES, P.H.; MEJIA, D.P.M. Atuação da fisioterapia na vestibulite vulvar. *Fisioterapia em Uroginecologia, Obstetrícia e Mastologia*, 2006. Disponível em: <https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/35/14_-_AtuaYYo_da_fisioterapia_na_vestibulite_vulvar.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.
- MARQUES, F.Z.C.; CHEDID, S.M.; EIZERIK, G.C. Resposta sexual humana. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v.17, n.3 p.175-183, maio/dez, 2008. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar_url?url=http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/755/735&hl=pt-BR&sa=X&ei=R6CUX7KPB4_0mQG_v5foBw&scisig=AAGBfm1WbMWZj0mp7_mpOCaFo7ohdhd9w&nossl=1&oi=scholar>. Acesso em: 15 out. 2020.
- MARQUI, A.B.T.D; SILVA, M.P.C; IRIE, G.R.F. Sexual dysfunction in endometriosis: a systematic review. *Revista USP*, Ribeirão Preto, v.48, n.5, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/112597>. Acesso em: 12 out. 2020.
- MATTHES, Â. D. C. S. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v.30, n.1, p.14-22, 2019. Disponível em: <https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/66/66>. Acesso em: 08 set. 2020.
- MENDONÇA, C.R.D.; SILVA, T.M.; ARRUDAI, J.T.; ZAPATA, M.T.A.G.; AMARAL, W.N.D. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento, *Femina*, jul./ago, v.40, n.4, Goiânia, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.
- MONTEIRO, M.V.D.C.; BARRETO, L.V.; AMORIM, A.G.; FONSECA, A.M.R.M.D.; FILHO, A.S.L. Vulvodínia: diagnóstico e tratamento. *Femina*, v.43, n.2, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4930.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.
- MOREIRA, A. D. S. Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade. *Instituto de Ciências da Saúde*, Mato Grosso, 2017. Disponível em: <<https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/968/1/TCC-2017-AMANDA%20DA%20SILVA%20MOREIRA.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020.
- MOREIRA, R. L. B. D. Vaginismo. *Rev. Med.*, v.23, n.3, p.336-342, Minas Gerais, 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/218>>. Acesso em: 15 ago. 2020.
- PALMA, P. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. *Urofisioterapia*, Campinas – SP, s./n., 2009. Cap. XXVI, p. 349-532. Disponível em:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/uofisioterapia.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

PAULETA, J.; GRAÇA, L.M.D. Tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas: uma revisão sumária. *Acta Obstet. Ginecol.*, v.5, n.4, p.170-179, Portugal, 2011. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/2011-3_artigo_de_revisao_1.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.

PIASSAROLLI, V.P.; HARDY, E.; ANDRADE, N.F.D.; FERREIRA, N.D.O; OSIS, M.J.D. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Revista Brasileira Ginecol. Obstet.*, v.32, n.5, p.234-240, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a06v32n5>>. Acesso em: 19 set. 2020.

PIRENETTI, J. D. S. Síndrome metabólica e sexualidade feminina: estudo randomizado controlado sobre os efeitos da atividade física. *Faculdade de Medicina de Marília*, 2014. Disponível em: <http://www.famema.br/ensino/mestrado_acade/dissertacoes/Perenetti%20JS%20-%20S%C3%8DNDROME%20METAB%C3%93LICA%20E%20SEXUALIDADE%20FEMININA.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

POTRICK, B. A. Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliação clínica, urodinâmica e ultra-sonográfica. 2002. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313336/1/Potrick_BenhurAntonio_M.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

REIS, S. C. R. M. Fatores preditivos para o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas: estudo de base populacional. *Universidade Federal de Uberlândia*, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/26916/1/FatoresPreditivosRisco.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SILVA, A. T. C. D. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento de incontinência urinária no pós- parto vaginal: revisão narrativa da literatura. *Faculdade Escritor Osman da Costa Lins*, Vitória de Santo Antão-PE, 2017. Disponível em: <<http://brutus.facol.com/plataforma/assets/uploads/base/publicados/bdd806162114aa0c053c2dc88a8bfa5f.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2020.

SILVA, A.M.N.; OLIVA, L.M.D.P. Exercícios de kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v.21, n.4, p.173-176, 2011. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/8982/7238>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SILVA, D.J.R.D.; ABREU, A.H.D. Recursos fisioterapêuticos para as disfunções sexuais femininas: uma revisão literária. *Revista Hórus*, v.9, n.1, p.53-66, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/5488/47964969>>. Acesso em: 03 ago. 2020.

SILVA, F. R. D. C. S. Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Medicina Sexual*, v.20, n.4, p.157-160, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n4/a5160.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

SILVA, L.C.D.; SOUZA, J.D.O.; CRUZ, A.T. Incidence of sexual dysfuncons in university students of a University Center in the state of Rio de Janeiro. *Saúde em Redes*, v.4, n.4, p.95-103, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/959/pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA, V. A. D. Sexualidade feminina. *Universidade Candido Mendes*, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/53013.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVEIRA, C. A. Entre orgasmos ou a falta deles: a construção da sexualidade feminina nas obras de william master & virginia johnson e shere hite. *Universidade Federal de Pelotas*, Pelotas, 2019. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/ppgh/files/2019/09/Entre-orgasmos-ou-a-falta-deles-a-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sexualidade-feminina-nas-obras-de-William-Master-Virginia-Johnson-e-Shere-Hite.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SOUZA, C.; VAZ, M.M.T.; ANDRADE, A.; NUNES, E.F.C.; LATORRE, G.F.S. Physical therapy techniques for sexual pain: a systematic review. *Revista Médica de Minas Gerais* 2020. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/2667/e30202.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2020.

SOUZA, L.C.D.; PEREIRA, E.C.A.; VASCONCELOS, E.F.S.; PEREIRA, W.M.P. Physiotherapy in women's sexual dysfunction: systematic review. *Rev Ciên Saúde*, v.5, n.2, p.36-44, 2020. Disponível em: <<https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/191/169>>. Acesso em: 08 nov. 2020.

TOMEN, A.; LATORRE, G.F.S; FRACARO, G.; NUNES, E.F.C. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, p.121-130, set./dez., 2015. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3147>>. Acesso em: 15 out. 2020.

TOZO, I.M.; LIMA, S.M.R.R.; GONÇALVES, N.; MORAES, J.C.D.; AOKI, T. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Ciência Med*, v.52, n.3, p.94-99, 2007. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/447/500>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

TRINDADE, S.B.; LUZES, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. *Revista discente da UNIABEU*, v.5, n.9, 2017. Disponível em: <<https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2886/1957>>. Acesso em: 12 set. 2020.

TRONCON, J.K.; PANDOCHI, H.A.D.S.; LARA, L.A. Abordagem da dor gênitopélvica/penetração. *Revista Brasileira Sexualidade Humana*, v.28, n.2, p.69-74, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/25/21>. Acesso em: 01 out. 2020.

UMANN, L.A.; VIEIRA, L. Avaliação da disfunção sexual feminina em mulheres jovens. *Faculdade Assis Gurgacz*, Paraná, 2010. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/viewFile/4794/10440>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

VILARINHO, S. M. D. C. S. Funcionamento e satisfação sexual feminina: integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais aspectos biológicos e contextuais. *Universidade de Coimbra*, Coimbra, 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18484/1/TESE.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2020.

WOLPE, R.E.; TORIY, A.M. SILVA, F.P.D.; ZOMKOWSKI, K.; SPERANDIO, F.F. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. *Acta Fisiatr*, v.22, n.2, p.87-92, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/actafisiatrica.org.br/pdf/v22n2a08.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO: FSFI

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo.

Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;

Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;

Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

- 1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
 - Quase nunca ou nunca

- 2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?
 - Muito alto
 - Alto
 - Moderado
 - Baixo
 - Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigando nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.

- 3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
 - Quase nunca ou nunca
- 4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Muito alto
 - Alto
 - Moderado
 - Baixo
 - Muito baixo ou nenhum
- 5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Confiança muito alta
 - Confiança alta
 - Confiança moderada
 - Baixa confiança
 - Muito baixa ou nenhuma confiança
- 6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
 - Quase nunca ou nunca
- 7) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil

Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Muito grande
- Grande
- Moderado
- Pequeno
- Muito pequeno ou nenhum

Obrigado por completar este questionário!

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO: QS- F

QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA

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

- | | |
|----------------|------------------------------------|
| 0 = nunca; | 3 = aproximadamente 50% das vezes; |
| 1 = raramente; | 4 = a maioria das vezes; |
| 2 = às 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:

82-100 pontos: bom a excelente;

62–80 pontos: regular a bom;

42-60 pontos: desfavorável a regular;

22-40 pontos: ruim a desfavorável;

0-20 pontos: nulo a ruim;

Como somar os pontos: $2 \times (Q 1 + Q 2 + Q 3 + Q 4 + Q 5 + Q 6 + [5-Q 7] + Q 8 + Q 9 + Q 10)$ (Q = questão)

Obrigado por completar este questionário!

ANEXO 3 – ARTIGO

**FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA:
UMA REVISÃO****PHYSIOTHERAPY IN FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: A
REVIEW***Káryhta Mariane Sobrinho de Castro¹**Evelyn Schulz Pignatti²***RESUMO**

Introdução: A sexualidade é uma das principais particularidades do indivíduo e se abrange como uma característica da qualidade de vida e percepção do bem-estar. É influenciada por vários aspectos, como religião, cultura, históricos, fatores biológicos, fatores psicológicos, e para isto é fundamental que todas as fases do ciclo da resposta sexual feminina (motivação; excitação subjetiva; congestão genital; orgasmo e resolução) estejam necessariamente funcionais. A disfunção sexual feminina ocorre quando há algum desequilíbrio ou alteração em uma destas fases do ciclo sexual, como os distúrbios da excitação feminina; distúrbio do desejo sexual hipoativo; transtorno sexual do orgasmo; dispareunia; vaginismo, entre outros, sendo indispensável um tratamento que corresponda a melhora na satisfação sexual e consequentemente na qualidade de vida desta mulher. A partir destas considerações e com base em estudos científicos, o tratamento fisioterapêutico se tornou indispensável, satisfatório e viável no contexto da disfunção sexual feminina. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico sobre a atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Metodologia:** Sendo realizado com base em artigos científicos de periódicos disponíveis nas bases de dados eletrônicas, com informações atualizadas, pesquisas essas também realizadas na Biblioteca Central da Universidade de Rio Verde (UniRV), pertinentes ao tema iniciadas em 2019 e finalizadas em 2020. **Considerações finais:** A fisioterapia é de extrema importância na função sexual feminina, pois o padrão de satisfação das mulheres ser bom, estão associados a prática sexual e sua frequência, sendo assim, mulheres que apresentam uma frequência de atividade sexual mais elevada, tendem a um maior nível de satisfação, tendo mais confiança na sua capacidade de realização e uma melhor QV.

Palavras - chave: Sexualidade feminina; Disfunção sexual feminina; Fisioterapia na disfunção sexual feminina.

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Rio Verde, Campus Rio Verde, GO.

² Orientadora, Fisioterapeuta Mestre em Fisioterapia pela Centro Universitário do Triângulo, UNITRI, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is one of the main particularities of the individual and is included as a characteristic of quality of life and perception of well-being. It is influenced by several aspects, such as religion, culture, history, biological factors, psychological factors, and for this it is essential that all phases of the female sexual response cycle (motivation; subjective arousal; genital congestion; orgasm and resolution) are necessarily functional. Female sexual dysfunction occurs when there is an imbalance or change in one of these phases of the sexual cycle, such as disorders of female arousal; hypoactive sexual desire disorder; sexual orgasm disorder; dyspareunia; vaginismus, among others, being essential a treatment that corresponds to the improvement in sexual satisfaction and consequently in the quality of life of this woman. From these considerations and based on scientific studies, physiotherapeutic treatment has become indispensable, satisfactory and viable in the context of female sexual dysfunction. **Objective:** To carry out a bibliographic survey on the role of physiotherapy in the treatment of female sexual dysfunctions. **Methodology:** Being carried out based on scientific articles from journals available in the electronic databases, with updated information, these researches also carried out at the Central Library of the University of Rio Verde (UniRV), pertinent to the theme started in 2019 and ended in 2020. **finals:** Physiotherapy is extremely important in female sexual function, as the standard of satisfaction of women is good, they are associated with sexual practice and its frequency, therefore, women who present a higher frequency of sexual activity, tend to a greater level of satisfaction, having more confidence in their ability to perform and a better QOL.

Keywords: Female sexuality; Female sexual dysfunction; Physiotherapy in female sexual dysfunction.

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Rio Verde, Campus Rio Verde, GO.

² Orientadora, Fisioterapeuta Mestre em Fisioterapia pela Centro Universitário do Triângulo, UNITRI, Brasil.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual é uma parte importante da saúde reprodutiva humana, porém não é responsável apenas pela função essencial da reprodução na natureza, mas também influi significativamente na qualidade de vida humana, nas condições psicológicas e físicas, no bem estar social e familiar (REIS, 2019).

Podemos considerar a sexualidade como a energia da vida, que possui dimensão fundamental em todas as etapas da vida tanto de homens, como de mulheres. É uma forma de comunicação entre os seres humanos, não se limitando apenas à possibilidade de obtenção do prazer genital, mas envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde.

No entanto, em nossa sociedade, a sexualidade foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, principalmente quando nos referimos a sexualidade feminina, onde ainda encontramos uma certa resistência perpetuada através das gerações, as famílias limitam as meninas no aprendizado e na exploração de sua sexualidade e tratam o sexo e o prazer

como algo proibido, perigoso e até mesmo pecaminoso (MOREIRA, 2017).

A função sexual feminina é um fator importante, pois está associada à qualidade de vida da mulher e ao bem-estar da relação conjugal. Porém, a disfunção desta atinge índices extraordinários com prevalência de até 91%. Esse é um fator que afeta a saúde emocional da mulher, pois muitas se sentem envergonhadas e frustradas, além das frequentes cobranças dos parceiros, o que impacta diretamente na conjugalidade (GOMES, 2019).

A falta de conhecimento e informação sobre a fisiologia da resposta sexual, medicamentos, condições uroginecológicas patológicas, problemas de ordem pessoal e conflitos conjugais podem desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e conseqüentemente resultar em algum tipo de disfunção sexual (SILVA; SOUZA; CRUZ, 2018).

De acordo com Umann e Vieira (2010), a função sexual feminina pode ser subdividida em quatro fases da resposta sexual: a fase do desejo, a fase da excitação e platô, orgasmo e resolução, e quando há alguma alteração em uma destas fases são definidas como um transtorno no ciclo da resposta sexual ou dor, que associada à relação sexual resulta em sofrimento

interferindo tanto na qualidade de vida quanto nas relações interpessoais da mulher, caracterizando assim uma disfunção sexual feminina. A DSF vem se tornando um problema e uma queixa cada vez mais frequente em consultórios de ginecologia.

Marques et al (2008), diz que a etiologia das disfunções sexuais é multifatorial (fatores psicossociais e fisiológicos) e pode estar relacionada:

a) Causas orgânicas: doenças crônicas, câncer, gestação e puerpério, agentes farmacológicos, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas, entre outros.

b) Causas psicológicas: fatores individuais (personalidade, baixa autoestima, educação, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, frustração, crenças religiosas); fatores interpessoais (comunicação pobre, relação conflituosa, traições, medo de intimidade) e fatores psicosexuais (aprendizado e atitudes negativos sobre a sexualidade, traumas sexuais, desconhecimento da resposta sexual, expectativas de resposta surreais).

O tratamento da disfunção sexual é de suma importância, pois na questão da saúde propriamente dita a questão sexual

desempenha uma função vital para os dois sexos (SILVA; SOUZA; CRUZ, 2018).

DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

A disfunção sexual (DS) é definida como uma situação na qual o indivíduo não consegue concretizar uma relação sexual ou em que esta seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro. É considerado problema de saúde pública que afeta significativamente a vida das mulheres e de seus parceiros. A disfunção sexual feminina (DSF) é definida como qualquer alteração ou dor em uma ou mais etapas do ciclo da resposta sexual (MARQUES et al, 2015).

A DS, cuja prevalência varia entre 20 a 73% nas mulheres, é um comportamento resultante de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se torna um bloqueio total ou parcial da resposta sexual do indivíduo, relacionada ao desejo, à excitação e ao orgasmo (HOLANDA et al, 2014).

As DSF são desordens psicossomáticas que não permitem a mulher ter relação sexual e sentir prazer durante o ato, ou seja, quando fisiologicamente há uma alteração no ciclo de resposta sexual (SOUZA et al, 2020). Na mulher a disfunção sexual também pode se manifestar por vaginismo e dispareunia, resultando em angústias pessoais e dificultando tanto as relações

interpessoais quanto a qualidade de vida (FERREIRA et al, 2007).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP's) desempenham um importante papel na função sexual feminina, quando saudáveis são volumosos, e isso os capacita a suportar as paredes vaginais. É fato que quando há uma debilidade do funcionamento dos MAP's, a hipotonicidade e o desuso podem influenciar na função sexual feminina. Portanto, fortalecimento dos MAP's colabora para que esses problemas não apareçam, e para este fortalecimento é necessária uma abordagem fisioterapêutica (FORTUNATO et al, 2017).

CLASSIFICAÇÃO

O termo disfunção sexual diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, que incluem frustração, desejo sexual hipoativo, redução da frequência dos intercursos sexuais, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos, como dispareunia, vaginismo, vulvodínia, vestibulodínia e dor sexual não coital. Essa dificuldade de desempenho e da satisfação da mulher na resposta sexual, se constituem em relevante problema de saúde pública e assim, resultam em angústia pessoal significativa e exercem impacto negativo sobre a qualidade de vida, sexualidade e os

relacionamentos interpessoais (SOUZA et al, 2020).

A DS devem ser caracterizadas como primárias (quando ocorre desde o início da vida sexual) ou secundárias (adquiridas após um tempo de funcionamento sexual satisfatório), bem como generalizadas (presente em qualquer parceria ou circunstância) ou situacionais (presente em determinadas situações ou parcerias). Adicionalmente, a coexistência de DS e outro transtorno ou condição médica geral resulta em dois diagnósticos distintos (LUCENA, 2013).

DISTÚRBIOS DA EXCITAÇÃO FEMININA

Definida como a incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma excitação sexual suficiente, causando perturbação pessoal ou interpessoal. Pode ser expressa por uma ausência subjetiva de excitação ou por uma falta de lubrificação genital. Essa definição não foca exclusivamente a resposta genital, tendo em conta outro componente da resposta de excitação, que é a excitação sexual subjetiva. De fato, a excitação sexual feminina não é um processo linear ou simplista e contém dois aspectos: a excitação genital como resposta fisiológica de vaso congestão genital e a excitação subjetiva que é uma sensação mental de excitação, desencadeada pela avaliação

cognitiva dos estímulos (CARVALHEIRA e GOMES, 2009).

DISTÚRBO DO DESEJO SEXUAL HIPOATIVO

De acordo com Mendonça (2012), este distúrbio consiste na deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual e não é secundário a outras dificuldades sexuais, como a dispareunia.

O transtorno de desejo sexual hipoativo (TDSH), é uma deficiência ou ausência de fantasias e desejo de ter atividade sexual. A perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. O baixo DS pode ser global e abranger todas as formas de expressão sexual ou pode ser situacional e limitada a um parceiro sexual ou a uma atividade sexual específica.

Os subtipos para o critério diagnóstico do TDSH oferecidos são:

- Ao longo da vida: se a DS está presente desde o início do funcionamento sexual;
- Tipo adquirido: se a DS se desenvolve apenas após um período de funcionamento normal;
- Devido a fatores psicológicos: quando fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou

aumento da DS, e condições médicas gerais e substâncias não exercem qualquer papel na etiologia da DS;

- Devido a fatores combinados:
 - 1- fatores psicológicos supostamente desempenham um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou aumento da DS;

2- Uma condição médica geral ou uso de substâncias que possam contribuir como o quadro. Se uma condição médica geral ou uso de substâncias (inclusive efeitos colaterais de medicamentos) é suficiente pra explicar a DS, pode ser diagnosticar DS devido a uma condição médica geral e/ou DS induzida por substâncias (CURTI, 2010).

TRANSTORNO SEXUAL DO ORGASMO

Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual (ABDO e FLEURY, 2006).

Apesar de alcançar altos níveis de excitação (objetiva e subjetivamente) muitas vezes a mulher não atinge o orgasmo, ou existe diminuição acentuada da intensidade orgásmica. Também pode existir grande demora em chegar ao

clímax, apesar de estímulos adequados (COSTA, 2009).

De acordo com HAMPF (2015), a anorgasmia é transtorno tipificado pela ausência recorrente de orgasmo, ou atraso significativo, após processo normal de excitação sexual. A anorgasmia atinge um número extremamente grande de mulheres. Uma mulher com disfunção orgásmica pode ficar tão ocupada monitorando a resposta sexual dela própria e do seu parceiro e preocupada em não falhar, que ela própria não consegue relaxar o suficiente para permitir que os seus reflexos naturais cresçam e desencadeiem um orgasmo (LEITE et al, 2019).

Holanda (2010), diz que a disfunção orgásmica está classificada em:

- Cronológica: Primária (quando nunca houve a percepção orgásmica) ou secundária (quando já houve o acontecimento fortuito do orgasmo).
- Causal: Geral (a disfunção sempre ocorre) ou circunstancial (depende das circunstâncias como parceiro, estímulo, local, etc).

TRANSTORNO SEXUAIS DOLOROSOS

DISPAREUNIA

A dispareunia por sua vez, pode ser definida como uma dor genital persistente ou recorrente, que ocorre antes, durante ou após o coito e acomete 26% da população feminina. As possíveis causas dessa disfunção estão associadas a prejuízos na região pélvica durante o parto, endometriose, doenças inflamatórias pélvicas e vaginais, além de infecções nessas regiões, problemas associados a fatores psicológicos como depressão e abuso sexual e a ocorrência de vulvodínia (LIMA et al, 2016).

É caracterizada por dor genital associada ao intercuro sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercuro (MENDONÇA et al 2012). O termo dispareunia é utilizado para descrever também a dor durante o estímulo sexual. Ela pode ser considerada primária e secundária, sendo que a secundária normalmente acontece depois de 10 anos do início da atividade sexual (AQUINO, 2019).

De acordo Matthes (2019), a dispareunia primária é definida como dor durante o coito sem causa orgânica, com a dor ocorrendo exclusivamente devido à incompatibilidade entre o tamanho do pênis ou o que penetra e o tamanho da

vagina, em condições superficiais e profundas e está diretamente relacionada ao objeto que está penetrando a vagina, por isso sempre ocorrerá dor com o mesmo companheiro, em condições idênticas de atividade sexual. Por outro lado, a dispareunia secundária, diferentemente da primária, sempre tem uma causa orgânica, que causa dor ao toque ou à movimentação e o órgão sexual que a penetra é insuficiente para causar uma distensão vaginal, mesmo que seja na primeira relação sexual. Por último, uma mulher pode ter dispareunia primária e secundária ao mesmo tempo, portanto, se tornando mista apresentando qualquer causa pélvica orgânica que causa dor ao toque ou à movimentação e o órgão sexual que a penetra é suficiente para causar uma distensão vaginal traumática.

VAGINISMO

O vaginismo é um distúrbio caracterizado pela contração involuntária dos músculos do pavimento pélvico e da vagina, o que tornam as relações sexuais difíceis ou impossíveis e tende a ser um problema psicossomático, ou seja, apesar de numa elevada porcentagem de casos a etiologia parece estar relacionada com problemas psicológicos, a reação espasmódica impeditiva da penetração é física. Em termos psicológicos, muitas

dessas mulheres partilham um passado de relações sexuais traumáticas, aversão sexual ou condicionamentos familiares e/ou religiosos negativos relativos ao sexo, antecedentes não descritos no nosso caso (CARVALHO et al, 2017).

De acordo com Moreira (2013), o vaginismo é reconhecido como disfunção sexual e uma síndrome eminentemente psicossomática, apesar de interrogações se a dispareunia é realmente uma disfunção sexual e é consequência da dor e do medo da dor, sendo seu tratamento realizado com abordagem social, psicológica e física.

VULVODÍNIA

A vulvodínia é um tipo de dor crônica específica associada à hipersensibilidade local da vulva, que pode ser provocada pelo contato ou espontaneamente. É a causa mais comum de dor durante a penetração no ato sexual em mulheres abaixo dos 30 anos (LATORRE et al, 2015). Pode ser classificada em espontânea ou provocada (por contato, relação sexual), e em generalizada ou localizada (vestibulodínia, clitorodínia, hemivulvodínia).

De acordo com Monteiro et al (2015), a vulvodínia localizada pode ainda ser subdividida em primária (dor iniciada desde a primeira relação sexual) e secundária (após um período de função sexual normal). A vulvodínia generalizada

é descrita como dor ou queimação na vulva, incluindo monte pubiano, grandes e pequenos lábios, vestíbulo e períneo, esta dor pode ser constante ou intermitente, de surgimento abrupto ou gradual, variando de leve desconforto a dor intensa que limita as atividades diárias (como sentar-se).

DIAGNÓSTICO

Do diagnóstico ao tratamento, os transtornos da sexualidade implicam, sempre e necessariamente, uma visão psicossomática. A abordagem interdisciplinar desses problemas é, portanto, fundamental. A caracterização e a avaliação de disfunção no AP são geralmente feitas com mais eficiência por um ginecologista ou por um fisioterapeuta que cuida das disfunções pélvicas (BATISTA, 2017).

TRATAMENTO

Recomenda-se uma abordagem multidisciplinar, visto que componentes psicológicos e relacionais tornam insuficiente o tratamento apenas medicamentoso. A terapêutica inicia-se pelos aspectos mais gerais relacionados à melhora do bem-estar emocional e físico, com a identificação de sintomas de depressão e ansiedade, abuso de álcool ou uso de substâncias químicas, adequação do sono, exercícios, alimentação e uso de

medicações. Na presença de doenças ou sintomas psicológicos importantes, deve-se encaminhar a um profissional especializado (FLEURY; ABDO, 2012).

De acordo com Troncon et al (2017), é necessário orientar as mulheres que não devem interromper as relações sexuais durante o tratamento, pois seu desempenho, bem como dificuldades apresentadas, serve de parâmetros para a evolução do quadro, bem como para nortear a conduta terapêutica.

Os exercícios fisioterapêuticos auxiliam muito as mulheres no ato sexual, e destacam-se como tratamento não invasivo, pois melhoram a função e o desempenho sexual, a dispareunia e a incontinência ao coito (ALBUQUERQUE, 2012).

AValiação Fisioterapêutica Das Disfunções Sexuais Femininas

A fisioterapia apresenta um avanço relativamente recente no tratamento da DSF e pode ser uma alternativa eficaz para mulheres que apresentam essas disfunções. O tratamento proporciona melhora da saúde sexual, maior autoconsciência, autoconfiança, melhora da imagem corporal e diminuição da ansiedade (TRINDADE e LUZES, 2017).

Ao longo da última década vem ganhando destaque por ser uma alternativa

eficaz para mulheres que apresentam essas disfunções. Os fisioterapeutas são responsáveis pela avaliação urogenital e educação comportamental das pacientes, promovendo através da cinesioterapia a melhora da saúde sexual, maior autoconsciência e diminuição das dores pélvicas (SOUZA et al, 2020).

O tratamento fisioterapêutico inclui anamnese da paciente com inspeção visual e palpação do AP, identificação das condições da musculatura, pontos de dor, presença de incontinências urinária, fecal e flatos, distopias, testes de sensibilidade (táctil, térmica e dolorosa) e reflexos na região pélvica e do AP (BATISTA, 2017).

De acordo com Hentschel et al (2006), outra forma de avaliação é através de questionários. O FSFI é um instrumento validado que avalia a função sexual de mulheres. A escala teve avaliação psicométrica, incluindo estudos de confiabilidade, validade de convergência e de discriminação. Este é um teste escrito que tem seis subescalas, sendo elas:

- Desejo (questão 1,2);
- Excitação (questão 3,4,5,6);
- Lubrificação (questão 7,8,9,10);
- Orgasmo (questão 11,12,13);
- Satisfação (questão 14,15,16);
- Dispaurenia (questão 17,18,19).

O escore são somados e originam um escore final que pode variar de 2 a 36,

sendo que escores mais altos indicam um melhor grau de função sexual. O questionário é composto por 19 questões sobre a atividade sexual nas últimas 4 semanas.

De acordo com Pirenetti (2014), outro questionário utilizado para o diagnóstico é o Questionário do Quociente Sexual (QS - F), onde ele irá avaliar o desempenho/satisfação sexual feminino, é um instrumento que conforme ficou constituído, compõe-se de 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. No final estas questões são agrupadas e são avaliados os seguintes aspectos:

- Desejo e interesse sexual (questões 1,2,8);
- Preliminares (questão 3);
- Excitação da mulher e sintonia com o parceiro (questões 4,5);
- Conforto na relação sexual (questões 6,7);
- Orgasmo e satisfação sexual (questões 9,10).

Escore baixos para as questões 1, 2 e 8 significam que o desejo sexual não é suficiente para que a mulher se interesse e se satisfaça com a relação. As questões 3, 4, 5 e 6 avaliam diferentes aspectos da fase de excitação feminina durante a relação sexual (resposta as preliminares, lubrificação, sintonia com o parceiro e

recepção à penetração). Escores baixos para estas questões significam pouca resposta ao estímulo sexual. Escore alto para a pergunta 7 confirma a presença de dor à relação. Dificuldade para o orgasmo e pouca ou nenhuma satisfação com o sexo são evidenciadas por escores baixos para as questões 9 e 10.

. O escores são somados e originam um escore final que pode variar de 0 a 100, sendo que escores mais altos indicam um melhor grau de função sexual.

RECURSOS E TÉCNICAS FISIOTERAPÊUTICAS

A fisioterapia possui ações eficazes e de baixo custo para o tratamento não farmacológico das DSF, constituindo uma área recente e pouco conhecida pela equipe que responde pelos cuidados da saúde da mulher, tendo um importante papel na avaliação, prevenção e tratamento das DSF. OS objetivos dos tratamentos possibilitados pela fisioterapia para as DSF, são: aumentar a conscientização e propriocepção da musculatura, melhorar a discriminação muscular e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular, aumentar a elasticidade na abertura vaginal e dessensibilizar zonas dolorosas, e reduzir o medo da penetração vaginal (SILVA e Abreu, 2014).

De acordo com Lima et al (2016), a conscientização quanto ao entendimento

da fisiopatologia e das alterações da resposta sexual é fundamental antes do início do tratamento como forma de educar as mulheres sobre sua condição. Elas por sua vez, aprendem que a musculatura do assoalho pélvico (MAP's) deve relaxar para que permita a penetração peniana e com isso a realização do coito de maneira adequada. Fazendo parte de uma conscientização eficaz, a reeducação muscular através da técnica de contrair e relaxar melhora o relaxamento dos MAP's.

CINESIOTERAPIA

A cinesioterapia, também conhecida como treino da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) ou exercícios de Kegel, tem sua aplicabilidade no tratamento das DSF, devido ao recrutamento muscular local com consequente incremento da vascularização pélvica e sensibilidade clitoriana. Tal fato promove melhora da excitação e da lubrificação (WOLPE et al, 2015).

CONES VAGINAIS

Os cones vaginais promovem uma atividade contrátil muscular mais específica e eficaz, pois para que a paciente possa mantê-los na vagina necessita de contração dos MAP's (DREHER et al, 2009). De acordo com Silva e Oliva (2011), os cones vaginais atuam

estimulando o recrutamento das fibras do tipo I (contração lenta) e do tipo II (contração rápida), melhorando a propriocepção da musculatura pélvica e promovendo aumento de força muscular. Essa referência aponta ainda que os cones têm resultados favoráveis em 60 a 80% dos casos, e que os exercícios de Kegel associados ao uso dos cones vaginais não são melhores que cada uma das técnicas isoladamente.

BIOFEEDBACK

O uso do biofeedback em associação a eletromiografia (EMG) colabora na eficácia de aprendizado do controle motor pelo paciente, aumentando o índice de sucesso da terapia, que se refere à redução da dor durante o coito e à melhora da qualidade de vida das mulheres que têm esses transtornos (LIMA et al, 2016). Lantyer; Viana; Padovani (2013), diz que biofeedback eletromiográfico (EMG) mostra a atividade elétrica muscular em tempo real, buscando a própria regulação direta da atividade muscular com o objetivo de induzir o relaxamento.

ELETROTERAPIA

A eletroestimulação neuromuscular (EENM) é a utilização de corrente elétrica que incita a inervação da víscera pélvica ou

o suprimento de sua inervação. O propósito que se pretende alcançar com a EENM é levar a uma resposta terapêutica. A utilização dessa técnica tem por objetivo propiciar a contração passiva da musculatura perineal, indicando extrema relevância na conscientização da contração desta musculatura em pacientes que têm dificuldade de reconhecê-la. Sua execução pode ser por meio de eletrodos endovaginais interligados a um gerador de impulsos elétricos, que possibilitam a contração do períneo (SILVA, 2017).

TERAPIA MANUAL

A massagem perineal consiste em uma técnica fisioterapêutica manual de deslizamentos e liberação miofascial de trigger point, na região pélvica. Proporciona um efeito inibitório da tensão muscular, provocando relaxamento e alongamento progressivo. Alivia a dor, reduz a resistência muscular e facilita a penetração (LUCHETI et al, 2019). A manobra deve englobar a pele e adjacências da entrada do canal vaginal, com predominância na porção muscular localizada a cerca de dois centímetros para dentro da vagina, com o objetivo promover um relaxamento progressivo dos músculos pélvicos e dos tecidos locais adjacentes (SILVA e ABREU, 2014).

DILATADORES

Na técnica de dilatação gradual, são colocados dilatadores de silicone ou de material emborrachado lubrificados no canal vaginal como sondas que podem ser insufladas. Primeiramente, os dilatadores devem ser pequenos; seu tamanho deve ser aumentado gradualmente, à medida que a tolerância da mulher também aumenta. A técnica de dilatação também pode ser praticada usando os dedos (TOMEN et al, 2015).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura, cuja estratégia de busca inclui artigos científicos de periódicos disponíveis nas bases de dados eletrônicas BIREME, LILACS, MEDLINE, SCIELO, PUBMED, com informações atualizadas, pesquisas essas também realizadas na Biblioteca Central da Universidade de Rio Verde (UniRV), pertinentes ao tema. Foram encontrados o total de 68 artigos para a obtenção de informações necessárias para confecção do estudo relacionado a importância da fisioterapia na disfunção sexual feminina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta revisão bibliográfica foi observado a importância da fisioterapia na saúde da mulher, em específico na função sexual, tendo a Disfunção Sexual Feminina (DSF) cada vez mais evidente como parte de uma boa qualidade de vida (QV).

A sexualidade é algo fundamental ao ser humano, tornando-se de extrema importância na estrutura da identidade de cada, englobando aspectos biológicos, afetivos, amorosos e até mesmo, religiosos. Contudo apesar da relevância do tema, observa-se uma escassez de estudos nessa área, e apesar da prevalência expressiva da disfunção sexual feminina, a sua compreensão ainda não está suficientemente estabelecida.

Portanto, quando se aborda tratamento conservador, a fisioterapia está inclusa com diversos recursos fisioterapêuticos, e cada vez mais mostrando resultados eficazes ao tratamento da DSF. A fisioterapia é de extrema importância na função sexual feminina, pois o padrão de satisfação das mulheres ser bom, estão associados a prática sexual e sua frequência, sendo assim, mulheres que apresentam uma frequência de atividade sexual mais elevada, tendem a um maior nível de satisfação, tendo mais confiança na sua capacidade de realização e uma melhor QV.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N.; FLEURY, H.J. Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions. *Rev. Psiq. Clín.* v.33, n.3, p.162-167, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/acp/article/view/17061/19056>>. Acesso em: 28 ago. 2020.
- ALBUQUERQUE, J. H. D. Avaliação comparativa da satisfação sexual de mulheres climáticas e adultas jovens. *Universidade Estadual da Paraíba- UEPB*, Campina Grande (PB), 2012. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/505/1/PDF%20-%20J%C3%A9ssica%20Herm%C3%ADnio%20de%20Albuquerque.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2020.
- AQUINO, L. H. D. C. Intervenções fisioterapêuticas na dispareunia. *Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, Ariquemes-RO, 2019. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2579/1/TCC_LAURA_ORGANIZADO.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.
- BATISTA, M. C. D. S. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Diagn Tratamento*. v.22, n.2, p.78-82, 2017. Disponível em: <http://www.associacaopaulistamedicina.org.br/assets/uploads/revista_rdt/c1ea16148a488f08e21a6219ff33637c.pdf#page=33>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- CARVALHEIRA, A.A; GOMES, F.A. A disfunção sexual na mulher, 2009. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_07.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- COSTA, C. A. D. Disfunções sexuais femininas. *A saúde da mulher*, v.1, n.7, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.drcarlos.med.br/artigo_007.html>. Acesso em: 14 set. 2020.
- CURTI, P. A. Disfunção Sexual - inibição do desejo sexual feminino e sintomas depressivos. *Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)*, Campo Grande, 2010. Disponível em: <<https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8162-disfuncao-sexual-inibicao-do-desejo-sexual-feminino-e-sintomas-depressivos.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2020.
- DREHER, D.Z.; BERZELI, E.M.; STRASSBURGER, S.Z.; AMMAR, A.Z.E. Strengthening of pelvic floor muscles using vaginal cones: a home care program. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v.19, n.1, p.43-49, jan./mar., 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/2130/9abf0ee57b2338e92059c6dd95af4d888d50.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Abr/Jun., 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.
- FLEURY, H.J.; ABDO, C.H.N. Excitação sexual feminina subjetiva. *Diagn Tratamento*, v.23, n.2, p.66-69, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904908/rdt_v23n2_66-69.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.
- FORTUNATO, G.L.; ALIBERT, P.I.; ANGELIN, E.C.N.; GRUBER, C.R. Correlação entre a força dos músculos do

assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. *Cadernos da Escola de Saúde*, v.2, n.6, p.143-158, Curitiba, 2017. Disponível em: <<https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2336>>. Acesso em: 18 set. 2020.

GOMES, G. L. P. Disfunção sexual feminina na relação conjugal: uma revisão de literatura, *Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO*, Juazeiro do Norte, 2019. Disponível em: <<https://unileao.edu.br/repositoriobibli/tcc/GERDA%20LUCIA%20PEIXOTO%20GOMES.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

HAMPF, H. M. Fisiologia do orgasmo feminino. *Universidade Candido Mendes*, Ponta Grossa-PR, 2015. Disponível em: <https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/50441.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP,E.; GOLDIM, J.R.; PASSOS, E.P. Physiological aspects and disorders of female sexuality. *Rev. HCPA*, v.26, n.2, p.61-65, 2006. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/100247/56005>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HOLANDA, J. B. D. L. Fatores associados às disfunções sexuais em mulheres no período pós parto. *Universidade Federal de São Paulo*, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/9637/Publico-439.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 out. 2020.

HOLANDA, J.B.D.L.; ABUCHAIM, E.D.S.V.; COCA, K.P.; ABRÃO, A.C.F.D.V. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm*,

v.27, n.6, p.573-8, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0573.pdf>>.

LANTYER, A.D.S.; VIANA, M.D.B.; PADOVANI, R.D.C. Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 131-140, jan./abril 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n1/v18n1a14.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

LATORRE, G.F.S.; MANFREDINI, C.C.; DEMETERCO, P.S.; BARRETO, V.M.N.F.; NUNES, E.F.C. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. *Femina*, nov./dez, v.43, n.6, Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n6/a5325.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020.

LEITE, B.; RIGO, É.; MIRANDA, H.J.C.D.; BARAZZETTI, L. Prevalência de disfunções sexuais femininas – uma revisão bibliográfica. *VII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG*, v.7, n.7, 2019. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/3931>>. Acesso em: 15 out. 2020.

LIMA, R.G.R.; SILVA, S.L.D.S.; FREIRE, A.D.B.; BARBOSA, L.M.A. Tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais dolorosos femininos: revisão narrativa. *Faculdade Estácio*, v.1, n.1, p.2-10, Recife, 2016. Disponível em: <<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/81/29>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

LUCENA, B. B. D. (Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicos. *Universidade de São Paulo*, 2013. Disponível em:

<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-27092013-150435/publico/BarbaraBragadeLucena.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2020.

LUCHETI, G.C.; MARTINS, T.; FERNANDES, I. Efeito da massagem perineal no tratamento da disfunção sexual dispareunia. *Centro Universitário Uniamérica*, Foz do Iguaçu/PR, 2019. Disponível em: <<https://pleiade.uniamerica.br/index.php/ibibliotecadigital/article/view/585/682>>. Acesso em: 15 set. 2020.

MARQUES, F.Z.C.; CHEDID, S.M.; EIZERIK, G.C. Resposta sexual humana. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v.17, n.3 p.175-183, maio/dez, 2008. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar_url?url=http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/755/735&hl=pt-BR&sa=X&ei=R6CUX7KPB4_0mQG_v5foBw&scisig=AAGBfm1WbMWZj0mp7_mpOCaFo7ohdhd9w&nossl=1&oi=scholar>. Acesso em: 15 out. 2020.

MATTHES, Â. D. C. S. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v.30, n.1, p.14-22, 2019. Disponível em: <https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/66/66>. Acesso em: 08 set. 2020.

MENDONÇA, C.R.D.; SILVA, T.M.; ARRUDAI, J.T.; ZAPATA, M.T.A.G.; AMARAL, W.N.D. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento, *Femina*, jul./ago, v.40, n.4, Goiânia, 2012. Disponível em: <

<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

MONTEIRO, M.V.D.C.; BARRETO, L.V.; AMORIM, A.G.; FONSECA, A.M.R.M.D.; FILHO, A.S.L. Vulvodínia: diagnóstico e tratamento. *Femina*, v.43, n.2, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4930.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MOREIRA, A. D. S. Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade. *Instituto de Ciências da Saúde*, Mato Grosso, 2017. Disponível em: <<https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/968/1/TCC-2017-AMANDA%20DA%20SILVA%20MOREIRA.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2020.

MOREIRA, R. L. B. D. Vaginismo. *Rev. Med.*, v.23, n.3, p.336-342, Minas Gerais, 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/218>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

PIRENETTI, J. D. S. Síndrome metabólica e sexualidade feminina: estudo randomizado controlado sobre os efeitos da atividade física. *Faculdade de Medicina de Marília*, 2014. Disponível em: <http://www.famema.br/ensino/mestrado_acade/dissertacoes/Perenetti%20JS%20-%20S%C3%8DNDROME%20METAB%C3%93LICA%20E%20SEXUALIDADE%20FEMININA.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

REIS, S. C. R. M. Fatores preditivos para o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas: estudo de base populacional. *Universidade Federal de Uberlândia*, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/12345>

6789/26916/1/FatoresPreditivosRisco.pdf
>. Acesso em: 02 nov. 2020.

SILVA, D.J.R.D.; ABREU, A.H.D. Recursos fisioterapêuticos para as disfunções sexuais femininas: uma revisão literária. *Revista Hórus*, v.9, n.1, p.53-66, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/revistahorus/article/viewFile/5488/47964969>>. Acesso em: 03 ago. 2020.

SILVA, L.C.D.; SOUZA, J.D.O.; CRUZ, A.T. Incidence of sexual dysfuncons in university students of a University Center in the state of Rio de Janeiro. *Saúde em Redes*, v.4, n.4, p.95-103, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/viewFile/959/pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SOUZA, L.C.D.; PEREIRA, E.C.A.; VASCONCELOS, E.F.S.; PEREIRA, W.M.P. Physiotherapy in women's sexual dysfunction: systematic review. *Rev Ciên Saúde*, v.5, n.2, p.36-44, 2020. Disponível em: <<https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/191/169>>. Acesso em: 08 nov. 2020.

TOMEN, A.; LATORRE, G.F.S; FRACARO, G.; NUNES, E.F.C. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, p.121-130, set./dez., 2015. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasm edicas/article/view/3147>>. Acesso em: 15 out. 2020.

TRINDADE, S.B.; LUZES, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. *Revista discente da UNIABEU*, v.5, n.9, 2017. Disponível em: <<https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/>

[alu/article/view/2886/1957](http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2886/1957)>. Acesso em: 12 set. 2020.

TRONCON, J.K.; PANDOCCHI, H.A.D.S.; LARA, L.A. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. *Revista Brasileira Sexualidade Humana*, v.28, n.2, p.69-74, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/25/21>. Acesso em: 01 out. 2020.

UMANN, L.A.; VIEIRA, L. Avaliação da disfunção sexual feminina em mulheres jovens. *Faculdade Assis Gurgacz*, Paraná, 2010. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/viewFile/4794/10440>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

WOLPE, R.E.; TORIY, A.M. SILVA, F.P.D.; ZOMKOWSKI, K.; SPERANDIO, F.F. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. *Acta Fisiatr*, v.22, n.2, p.87-92, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/actafisiatri ca.org.br/pdf/v22n2a08.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.