



**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**LAURA VANNI CATUNDA DE OLIVEIRA**

**OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE  
MULHERES COM DOR GÊNITO-PÉLVICA**

**SINOP/MT  
2023**

**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**LAURA VANNI CATUNDA DE OLIVEIRA**

**OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE  
MULHERES COM DOR GÊNITO-PÉLVICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Fisioterapia, do Centro Educacional Fasipe - UNIFASIPE, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof. Larissa S. Carvalho Villa

**SINOP/MT  
2023**

**LAURA VANNI CATUNDA DE OLIVEIRA**

**OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE  
MULHERES COM DOR GÊNITO-PÉLVICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Sinop - UNIFASIPE, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Larissa S. Carvalho Villa**

Professor (a). Orientador (a)

Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

---

**Jocemara Souza Parrela**

Professor (a). Avaliador (a)

Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

---

**Lilian Garlini**

Professor (a). Avaliador (a)

Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

---

**Fabiano Pedra Carvalho**

Coordenador do Curso de Fisioterapia

Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

**SINOP/MT**

**2023**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico em especial aos meus avós Stella e Catunda e aos meus avós Lori e Claudemar (em memória), e em toda a minha família em geral, pois sem o apoio de vocês seria impossível eu chegar até aqui.

Dedico também aos meus amigos e colegas que demonstraram amor, paciência e carinho em toda essa caminhada de 5 anos, que me apoiaram e foram minha companhia nesse mundo novo chamado faculdade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar por me dar a oportunidade de chegar até aqui, gratidão por toda determinação, força e proteção;

Ao meu amor que sempre me apoiou e me compreendeu em dias de estudo e em dias sem paciência e motivação;

A minha irmã Julia que perdeu noites de sono me ajudando e sempre acreditou em meu potencial;

A minha mãe e meu tio Beka, que me incentivaram desde sempre em meus estudos e nunca me desampararam;

A minha amiga Gisele, que foi minha companheira e verdadeira amiga nessa nova cidade, desde o primeiro semestre esteve comigo me dando apoio e ajudando em tudo;

A meu pai e a tia Eliane que me deram a oportunidade de morar em Sinop e cursar fisioterapia;

A minha avó Lori que sempre me apoiou em todas as minhas decisões;

A minha vó Stella e meu avô Catunda, sem vocês eu nada seria, vocês são uma parte de mim que eu mais amo...

Aos meus professores, em especial a Larissa, que aceitou a tarefa de me orientar. Eterna admiração e gratidão por todos os conhecimentos que adquiri com vocês;

Em geral, aos meus amigos e familiares, que de alguma forma, durante esses 5 anos, me ajudaram a realizar esse sonho.

**EPÍGRAFE**

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

OLIVEIRA, Laura Vanni Catunda de. **Os Benefícios da Fisioterapia no Tratamento de Mulheres com Dor Gênilo-Pélvica**. 2023. 49 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Educacional Unifasipe – UNIFASIPE

## RESUMO

A dor é uma experiência desagradável associada a lesões teciduais, mas que se difere em cada indivíduo por imensuráveis diferenças. Dentre as demais queixas de dor, a gênero pélvica atualmente é muito recorrente, sendo uma desordem sexual feminina, abrangendo em sua definição disfunções como o vaginismo, a dispareunia, entre outros, essa desordem afeta milhares de mulheres em todas as partes do mundo e pode ocorrer por inúmeros fatores, desde físicos, biológicos, psicológicos e até mesmo sociais, podendo surgir como um transtorno no ciclo da resposta sexual. A dor gênero pélvica causa redução na qualidade de vida da mulher, afetando suas relações conjugais, seus momentos de prazer e conseqüentemente a sua autoestima. O objetivo central desse trabalho é apresentar a eficácia dos diversos recursos fisioterapêuticos existentes no tratamento e redução desse transtorno e abordar o impacto dessas disfunções na vida das mulheres, propõem-se assim, mostrar o conhecimento a cerca da anatomia e biomecânica da estrutura pélvica, noções sobre a sexualidade feminina e a importância da fisioterapia nessa ramo tão delicado. Através do levantamento bibliográfico através da revisão de literatura, pretende-se caracterizar a disfunção da dor gênero pélvica de acordo com o panorama atual presente na literatura de forma de capacitar e informar profissionais da saúde para melhor abordagem e acompanhamento dessas condições. Sob essa ótica, a dor gênero pélvica pode ser considerado um problema de saúde pública feminino globalmente. O tratamento inclui diversos recursos da fisioterapia atuada na saúde da mulher, desde terapia manual até cinesioterapia e estimulação elétrica, associando ou não esses recursos, é possível obter resultados satisfatórios nas várias ramificações de tratamento. O estudo mostrou a relevância do tratamento fisioterapêutico nas DSFs e a escassez de novas pesquisas nessa área. A fisioterapia na saúde da mulher promove a informação sobre a importância da função dos MAPs na sexualidade feminina, proporcionando maior conhecimento para a pesquisa científica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Disfunção Sexual; Fisioterapia; Saúde da Mulher.

OLIVEIRA, Laura Vanni Catunda de. **Os Benefícios da Fisioterapia no Tratamento de Mulheres com Dor Gêrito-Pélvica**. 2023. 49 Folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Educacional Unifasipe – UNIFASIPE

### ABSTRACT

Pain is an unpleasant experience associated with tissue lesions, but which differs in each individual by immeasurable differences. Among the other complaints of pain, genito-pelvic pain is currently very recurrent, being a female sexual disorder, including in its definition dysfunctions such as vaginismus, dyspareunia, among others, this disorder affects thousands of women in all parts of the world and can occur by numerous factors, from physical, biological, psychological and even social, and may arise as a disorder in the sexual response cycle. The genito-pelvic pain causes reduction in the quality of life of women, affecting their marital relationships, their moments of pleasure and consequently their self-esteem. The central objective of this work is to present the effectiveness of the various physiotherapeutic resources in the treatment and reduction of this disorder and to address the impact of these dysfunctions on women's lives. Thus, it is proposed to show the knowledge about the anatomy and biomechanics of the pelvic structure, notions about female sexuality and the importance of physiotherapy in this delicate area. Through the bibliographical survey, it is intended to characterize the dysfunction of pelvic genital pain according to the current panorama present in the literature in order to train and inform health professionals for a better approach and follow-up of these conditions. From this point of view, genito-pelvic pain can be considered a public health problem for women globally. The treatment includes several resources of physiotherapy in women's health, from manual therapy to kinesiotherapy and electrical stimulation, associating or not these resources, it is possible to obtain satisfactory results in the several branches of treatment. The study showed the relevance of physical therapy treatment in FSDs and the lack of new research in this area. Physiotherapy in women's health promotes information about the importance of the MAPs function in female sexuality, providing more knowledge for scientific research.

**KEYWORDS:** Physiotherapy; Sexual Dysfunction; Women's Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Estruturas Ósseas da Pelve.....	19
Figura 02 - Principais estruturas musculares do Assoalho Pélvico Feminino.....	20
Figura 03 - Anatomia interna dos órgãos sexuais da mulher.....	21
Figura 04 - Avaliação funcional do assoalho pélvico através da perioneometria.....	34
Figura 05 – Cones Vaginais.....	37
Figura 06 - Introdução dos Cones Vaginais.....	37
Figura 07 – Contração dos músculos acessórios da inspiração e a expansão da caixa torácica durante a realização da GAH. ....	38
Figura 08 – Liberação de pontos de tensão intravaginal com terapia manual.....	40
Figura 09 – Aplicação do Biofeedback.....	41

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 01: Alguns fatores relacionados as disfunções sexuais femininas.....	24
Quadro 02: Tabela de avaliação da força muscular do AP através da Perioneometria.....	33
Quadro 03: Tabela de avaliação da força dos MAP através da palpação digital.....	34

## LISTA DE SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
ADM	Amplitude de Movimento
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DDGP	Disfunção da Dor Gênitó-Pélvica
DGP	Dor Gênitó Pélvica
DSF	Disfunção Sexual Feminina
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FES	Functional Electrical Stimulation
HP	História Pgressa
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
USG	Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1.0 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Justificativa.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Problematização.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Objetivos Gerais.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Objetivos Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>1.6 Metodologia.....</b>	<b>16</b>
<b>2.0 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Noções a cerca da Sexualidade Feminina.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Anatomia E Fisiologia Pélvica Feminina.....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Estruturas Ósseas .....	19
2.2.2 Musculatura Pélvica.....	19
2.2.3 Órgãos Internos Femininos.....	21
<b>2.3 Disfunções Sexuais Femininas.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.1 Dor Gêrito Pélvica.....</b>	<b>24</b>
2.3.1.1 Vaginismo E Dor Vulvo-Vaginal.....	26
2.3.1.2 Dispareunia.....	27
2.3.1.3 Anorgasmia.....	28
<b>2.4 Ciclo De Resposta Sexual Feminina.....</b>	<b>29</b>
2.4.1 Fase Do Desejo .....	29
2.4.2 Fase Da Excitação E Platô .....	30
2.4.3 Fase Do Orgasmo.....	30
2.4.4 Fase Da Resolução.....	30
<b>2.5 Fisioterapia Na Saúde Da Mulher.....</b>	<b>31</b>
2.5.1 Avaliação Fisioterapêutica.....	32
<b>2.6 Tratamento Fisioterapêutico.....</b>	<b>34</b>
2.6.1 Cinesioterapia.....	35
2.6.2 Cones e Dilatadores Vaginais.....	36
2.6.3 Ginástica Hipopressiva.....	38
2.6.4 Eletroestimulação.....	38

2.6.5 Terapia Manual.....	39
2.6.6 Biofeedback.....	41
2.6.7 Método Pilates.....	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No começo dos anos 2000 o conceito de sexualidade se validou quando, no Cairo em 1994, durante a Conferência Internacional para População e Desenvolvimento, a saúde sexual foi ponderada como parte complementar na definição do consenso da saúde reprodutiva, o que a retomou pelo âmbito científico e social. Nos tantos transtornos sexuais femininos, não é incomum o relato de pacientes com diagnóstico ou suspeita de vaginismo ou dispareunia. Essas manifestações anormais afetam o prazer e a autoestima da mulher, o que causa baixa na qualidade de vida (AVEIRO, GARCIA, DRIUSSOEIO, 2009; FERREIRA et al., 2007).

O vaginismo é a recorrente ou persistente contração relacionada a penetração vaginal, com espasmos durante a introdução íntima, que incide nos músculos perineais e elevador do anus. A sua amplitude pode variar de ligeira, admitindo algum tipo de penetração, a grave, quando a penetração é impossibilitada (AVEIRO, GARCIA, DRIUSSOEIO, 2009).

A dispareunia é o quadro persistente ou recorrente de dor íntima quando associada durante ou após a atividade sexual, causada por diversos fatores que variam do quadro clínico e HP da paciente (GONZÁLEZ et al., 2020).

As disfunções da sexualidade feminina (DSF) estão ligadas a dificuldade de apreciar o ato sexual, que em muitos casos, está relacionado a dor de forma recorrente ou persistente que a paciente experimenta (LAZZARINI, CARVALHO, 2009). As DSF dividem-se em 3 grupos: disfunção do interesse/excitação, disfunção do orgasmo e disfunção da dor gínico-pélvica/penetração (DDGPP). As causas que levam as DDGPP não são definidas, podem estar relacionados a problemas anatômicos, infecções, distúrbios neurológicos e entre muitos outros. As principais patologias são o vaginismo e a dispareunia, cada caso deve ser avaliado pelo profissional que irá proporcionar a reabilitação do paciente. Muitos dos casos estão ligados a ansiedade, pós gestação, traumas sexuais entre outros motivos que levam a impactos negativos

na saúde da mulher, seja ela psicológica, social, sexual ou física (ARTMED, 2014; VASCONCELOS, 2020).

### **1.1 Justificativa**

A importância da saúde sexual e genital da mulher é cada vez mais reconhecida na esfera científica e social, englobando a personalidade de cada ser humano para demonstrar intimidade, expressão emocional, prazer, afeto e amor.

Esta dissertação baseada em estudos científicos apresenta, em seu âmbito social e clínico, grande relevância, pois visa proporcionar a compreensão e esclarecimento concernente ao tratamento fisioterapêutico de mulheres com dores gênitopélvicas, apresentando vastos benefícios proporcionados pela fisioterapia, afim de incumbir-se na restauração do prazer no ato sexual, se atentando a individualidade de cada paciente, conduzindo a uma maior qualidade em seus relacionamentos conjugais, emocionais, de autoestima e em sua qualidade de vida de forma geral.

A disfunção sexual feminina e a influência do tratamento fisioterapêutico nessa e em outras disfunções sexuais é um tema de extrema relevância para estudo do profissional fisioterapeuta e conseqüentemente este estudo bibliográfico servirá de base para novas pesquisas e estudos.

O tema abordado pode ser visto por muitos como um estigma do bem estar feminino, mesmo sendo uma área tão relevante, muitas mulheres se sentem constrangidas em procurar apoio e tratamento profissional, ficando sujeitas ao receio de terem relações sexuais vaginais pelo medo da dor, se abstendo do prazer que o ato pode proporcionar (GERIN, 2018).

A fisioterapia nestes casos, tem apresentado resultados muito relevantes na reabilitação destas pacientes, visto que os trabalhos realizados têm como o objetivo proporcionar redução do quadro algico através de técnicas definidas pela avaliação singular de cada caso, podendo ser orientações domiciliares a técnicas feitas realizadas em consultório por profissionais da área (DE SOUZA ANTONIOLI, SIMOES, 2010; STEIN et al., 2018).

Tendo em vista todos os benefícios da fisioterapia para o tratamento das disfunções sexuais e da escassez de publicações a cerca desse tema, surgiu o interesse em elaborar esse estudo, objetivando a identificação das técnicas fisioterapêuticas mais utilizadas baseando-se na literatura.

### **1.2 Problematização**

As disfunções sexuais femininas, em especial as DDGPP, são muito comuns, e em inúmeras vezes negligenciadas por falta de conhecimento, frustração ou constrangimento da

parte da paciente. O profissional fisioterapeuta é tão necessário quanto tanto quanto o médico ginecologista nessa reabilitação pois ele irá proporcionar uma reabilitação de toda musculatura pélvica envolvida (DE SOUZA ANTONIOLI, SIMOES, 2010).

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo Geral**

O objetivo desta revisão de literatura através da fundamentação teórica é apresentar a eficácia fisioterapêutica no processo do tratamento das disfunções gênero-pélvicas como o vaginismo, a dispareunia e a anorgasmia.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as principais DSFs;
- Direcionar a importância do tratamento fisioterapêutico na reabilitação de pacientes com disfunções sexuais femininas;
- Conhecer os termos científicos das disfunções gênero-pélvicas e conceituá-las.

### **1.4 Metodologia**

O presente trabalho se trata de uma revisão de literatura exploratória qualitativa e quantitativa a cerca do tema de dores gênero-pélvicas que afetam as mulheres, com o propósito de retratar circunstâncias em relação ao estabelecido conteúdo em pauta. Com o método de utilização da pesquisa bibliográfica, aproveitando de materiais concretos já existentes, sendo analisados artigos, revistas, livros, teses, dissertações acadêmicas e outros materiais disponíveis na internet concedendo desta forma, uma pesquisa planejada, valorizada e com fontes atuais (ARAUJO, 2010).

As pesquisas se iniciaram em julho de 2022, através de sites, como: *Scielo*, Ministério da Saúde, Google Acadêmico etc. Não foram restritos idiomas para esta pesquisa, as 74 obras utilizadas são do período 2000 a 2022.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Noções a Cerca da Sexualidade Feminina**

O ato sexual por muito tempo esteve relacionado puramente como um fator ligado a reprodução, pois não se via antigamente a possibilidade de a mulher sentir prazer, uma vez que, diante a sociedade, tal sentimento era considerado impuro (GOZZO et al., 2000). Hoje em dia, compreende-se que o sexo é fundamental na vida das pessoas, não podendo ser unicamente ligado a reprodução, pois o prazer feminino independe deste ato. A função sexual feminina é complexa pois envolve em suas dimensões diversos fatores como: gênero, orientação sexual, emocional e de reprodução (DA SILVA et al., 2020).

Na vida do ser humano, o contentamento em sua vida sexual é uma parte integrante e de completa relevância, uma vez que está associada ao bem estar próprio, é responsável por grande parte ao sucesso nas relações afetivas. A sexualidade é influenciada de variadas formas, pois considera fatores individuais como a personalidade de cada ser, processos biológicos, o ciclo vital, as existências sexuais, seu ambiente social e o psicológico, tal prática tem o prazer como um dos seus principais objetivos (BRONDANI, 2014; VIEIRA et al., 2016).

A sexualidade do ser humano é determinada, ainda como um zigoto, durante as fases de seu desenvolvimento, onde, na divisão celular ocorre a diferenciação dos genes, mas isso não define precocemente o gênero do indivíduo, pois nesse processo não se define como as pessoas agem, pensam e sentem. Ao falar na sexualidade feminina, é preciso memorar que fatores como a saúde física e mental, fatores sociais, emocionais e orgânicos podem ter influencia direta (GOZZO et al., 2000; SOARES, 2013).

Em nosso país existe uma superexposição da beleza física da mulher, seja ela em revistas e em festas, como o carnaval, além de intensa exibição do corpo pela mídia. Toda essa exposição e devoção ao corpo no padrão “modelo” agravam ainda mais a percepção da mulher sobre sua individual sexualidade, pois o prazer não está relacionado à aparência física, mas a

uma soma de fatores que quando associados formam a sexualidade (DA COSTA, 2013; GOZZO et al., 2000).

## **2.2 Anatomia E Fisiologia Pélvica Feminina**

Para que aja o entendimento a cerca das disfunções pélvicas, é de grande importância o conhecimento de todo o processo anatômico e fisiológico, relacionando a anatomia com as funções de cada estrutura (CONCEIÇÃO, 2021). Uma musculatura do assoalho pélvico saudável, e com sua funcionalidade adequada, é essencial para uma alta qualidade de vida das mulheres. Quando há alterações nos MAP, podem surgir patologias uroginecológicas, coloproctológicas e DSF. A atonia e debilidade destes músculos colaboram para a incapacidade de sentir prazer em tal ato (MENDONÇA, AMARAL, 2011).

De acordo com SILVA e SILVA (2003, p. 205), “Todas estruturas que estão contidas entre o peritônio pélvico e a pele da vulva formam o Assoalho Pélvico”, sendo então uma estrutura com formato de bacia que se ordena em um conjunto de músculos estriados, ossos, ligamentos e tecido conjuntivo, organizados de um modo que mantenham as vísceras pélvicas e regulem uma ação esfinteriana para a vagina, reto e uretra. Constituído também pelos diafragmas pélvicos inferior e superior e pelos septos vesicovaginal e retovaginal, responsável pela ligação dos dois diafragmas, o períneo e o cóccix (SILVA e SILVA, 2003; DE SOUSA, DE SOUSA, FIGUEREDO, 2020).

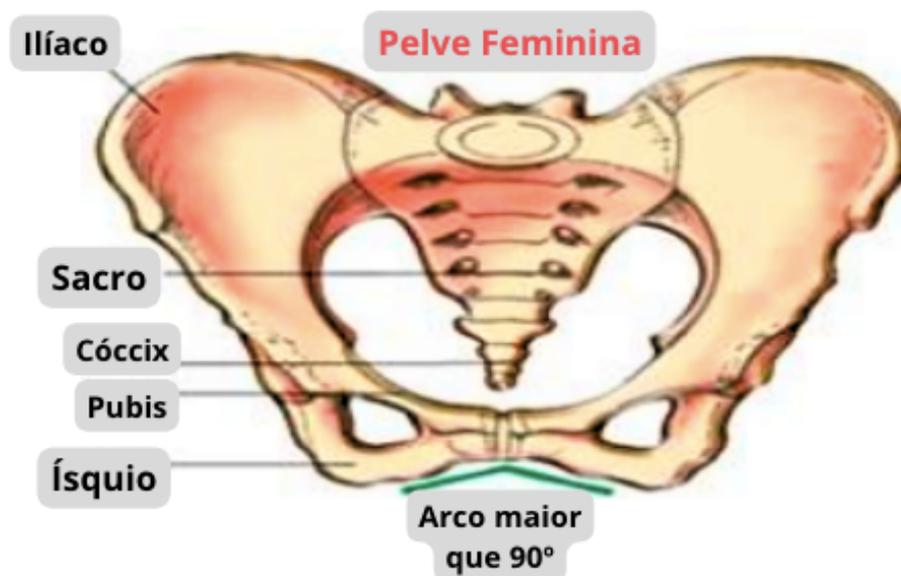
A pelve é responsável pelas funções sexuais humanas, urinárias, fecal e pela sustentação dos órgãos pélvicos, além de parte da função obstétrica. O assoalho pélvico feminino é dividido em três porções: na região anterior, se localizam a bexiga e uretra; na região medial, se encontra a vagina; e na região posterior, o reto (SANTANA, 2021). Problemas nessa região são as disfunções da estática pélvica (prolapsos genitais), desordens anorretais e urinárias em ambos os gêneros, dores pélvicas, além das disfunções sexuais diversas masculinas e femininas (SILVA e SILVA, 2003; STEIN et al, 2018).

A anatomia do AP está intimamente relacionada a função tendo a dimensão de estrutura única (FURTADO JR, 2019). A inervação do assoalho pélvico tem origem nos segmentos sacrais de S2 a S5, e tais fibras anteriores percorrem internamente a superfície dos músculos. Essa posição anatômica leva ao favorecimento direto do estiramento e à compressão das fibras nervosas durante o trabalho de parto, no caso de haver lesões neuromusculares, a possibilidade de ocorrer redução do tônus do levantador do ânus e alargamento do hiato urogenital são maiores (SANTANA, 2021; VASCONCELOS, 2020).

### 2.2.1 Estruturas Ósseas

A pelve óssea confere uma sustentação estável e firme, entre o tronco e as porções inferiores das extremidades. É constituída por quatro ossos: os dois ossos do quadril, que constroem as paredes anterior e lateral, e os ossos sacro e cóccix, que são parte da coluna vertebral e constituem a parede posterior da pelve. Essa estrutura também está implexa na sustentação da região mais distal da vagina e da uretra e tem função esfinteriana destas mesmas regiões, contribuindo para a continência, como mostra a Figura 01 (SANTANA, 2021; DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO 2020).

**Figura 01:** Estruturas ósseas da pelve



Fonte: Santana (2021).

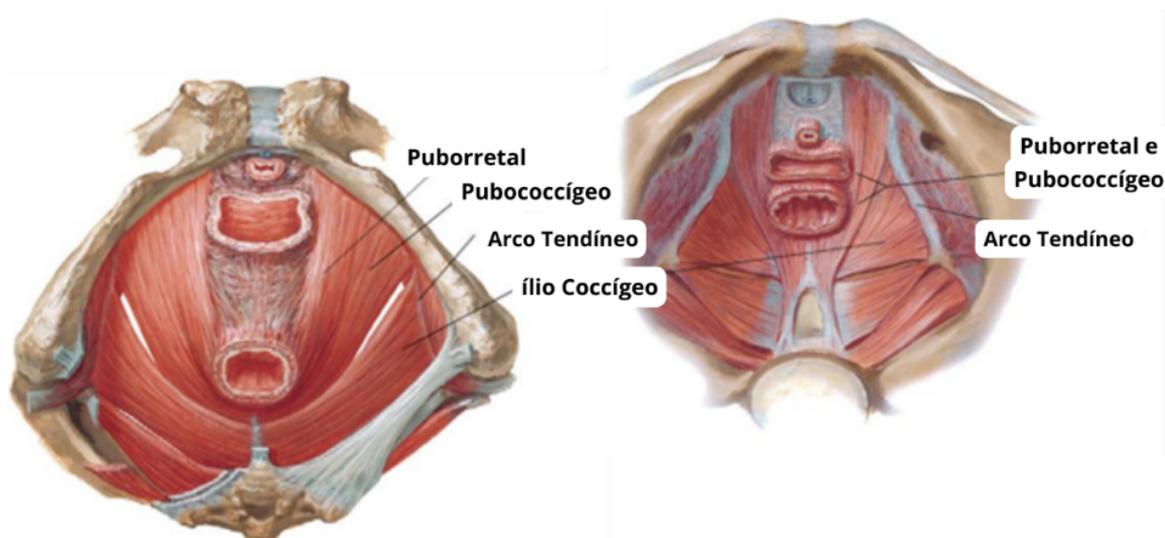
### 2.2.2 Musculatura Pélvica

Ferreira (2009) nos traz que o pavimento pélvico está dividido por duas estruturas musculares, sendo elas: a membrana perineal e o diafragma pélvico. A primeira estrutura monta a camada mais superficial e distal do pavimento pélvico, sendo responsável pela ação voluntária da continência; o segundo complexo veste a pelve inferiormente, sendo da púbis ao cóccix e também lateralmente entre as paredes do pavimento pélvico (CONCEIÇÃO, 2021).

Sua musculatura é organizada em duas camadas: superficial e profunda. Na porção superficial se localizam os músculos: isquiocavernoso, bulbocavernoso, esfíncter anal externo, transverso superficial e profundo; na camada profunda estão os músculos levantadores do ânus (pulbococcígeo, puborretal, pubovaginal e iliococcígeo) e o coccígeo, conforme mostra a

Figura 02. Com fibras musculares tipo I, responsáveis pelas contrações lentas e pelo tônus, e as fibras musculares de tipo II, para baixa resistência e contração rápida (BERNARDES et al, 2010; SILVA e SILVA, 2003).

**Figura 02:** Principais estruturas musculares do assoalho pélvico feminino



**Fonte:** Sobotta (2008).

O tecido conjuntivo endopélvico é constituído de colágeno, fibroblastos, elastina, musculatura lisa e vascularização sanguínea, na mesma região, o corpo feminino possui um órgão erétil com rica vascularização, inervado e sensível, denominado clitóris, que ostenta grande importância no prazer feminino e ato sexual. A musculatura do assoalho pélvico se inerva pelos dermatômos das raízes nervosas sacrais, sendo elas de S2, S3 e S4. A contração dessa musculatura é constante pois possui um tônus que mantém esse apoio, excluindo durante a micção e defecação apenas (DARSKI, 2016; DIAS et al., 2014).

O clitóris é um órgão erétil, que atua como centro nervoso da cúpula sendo ligado com a excitabilidade feminina, o mesmo se encontra posteriormente à sínfise púbica, seu tamanho varia de 2 a 3 cm, apresentando dois segmentos cavernosos que se fixam ao ísquio e ao púbis onde se unem e se formam, e por fim o mesmo em sua dilatação possui uma região que é chamada de glândula sendo a única aparente externamente (SOARES, 2013; SOUZA, LOTTI, REIS, 2012; REZENDO FILHO, MONTENEGRO, 2011).

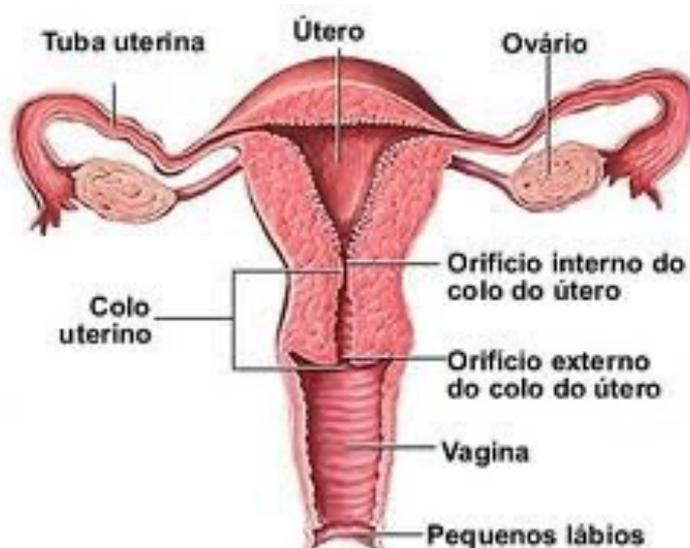
A pelve feminina e masculina pode apresentar uma série de diferenças, ao contrário de muitas outras estruturas anatômicas, na região pélvica fica localizado o órgão reprodutor, que é o que mais as diferencia. A pelve masculina é em tamanho maior e caracterizada grosseiramente por fixações ligamentares e musculares mais intensas, em contrapartida, a pelve

fermina é mais funda em sua cavidade, apresentando faces laterais mais planas e trazendo anteriormente o sacro e cóccix, sendo mais delicada e rasa em seu arcabouço ósseo (FURTADO JR, 2019; DIAS at.al, 2014).

### 2.2.3 Órgãos Internos Femininos

Os órgãos genitais femininos são formados por um grupo de órgãos internos e externos, internos estão localizados no interior da pelve e consistem nos ovários, tubas uterinas, útero e vagina, como mostra na Figura 03 (DA COSTA, 2013; FURTADO JR, 2019).

**Figura 03:** Anatomia interna dos órgãos sexuais da mulher



Fonte: Da Costa (2013).

O útero é o órgão responsável por abrigar o embrião durante todo o seu desenvolvimento até o nascimento. Nos órgãos externos temos a vulva, que é a parte exposta dos órgãos sexuais femininos, nela ficam a abertura da vagina, a abertura da uretra, os grandes e pequenos lábios e o clitóris (DA COSTA, 2013; SILVA e SILVA, 2003)

### 2.3 Disfunções Sexuais Femininas

As disfunções sexuais femininas são desordens psicossomáticas que ocorrem por uma condição multifatorial, possuindo componentes desde anatômicos, fisiológicos, socioculturais e até psicológicos, que ocorrem no ciclo da resposta sexual ou na dorosa durante ou após a relação sexual. Este transtorno pode vir a resultar no desgosto pessoal, que interfere tanto na qualidade de vida como na autoestima quanto nas suas afinidades com outras pessoas. Essas

desordens abordam em média 67,9% das mulheres no mundo, sendo elas, divididas pela regionalidade, de 30 a 50% das mulheres norte-americanas, mais de 50% das asiáticas e em 30% das mulheres brasileiras (CUNHA, 2022; FERREIRA et al., 2007; VIEIRA et al., 2016).

Lazzarini e Carvalho (2009) trazem que as disfunções sexuais são individualizadas pela falta, excesso ou desconforto que se apresenta em uma ou mais fases de resposta sexual feminina. Apresentando concordância, segundo Mendonça e Amaral (2011) a disfunção sexual feminina se determina por alterações no desejo sexual, excitabilidade e a qualquer dor que preceda o ato, durante ou após o mesmo.

Elas são classificadas segundo critérios psicológicos, os quais se baseiam no exemplo de quatro fases da resposta sexual, associando a isso a dor no ato sexual (SIMONELLI, 2014). Portanto, podem ser definidas como os distúrbios que podem ocorrer no desejo, na fase da excitação, orgasmo e/ou vaginismo e dispareunia, que procedem em angustias pessoais. O histórico clínico, exame físico e o acompanhamento psicológico, são fundamentais para o diagnóstico determinante da disfunção sexual e da origem da dor gênitopélvica, podendo também ser detalhados e finalizados, se possível, ouvir o relato do parceiro (ARTMED, 2014; CONCEIÇÃO, 2021).

Os distúrbios sexuais mais frequentes vividos pelas mulheres são: distúrbios do orgasmo feminino, caracterizado pela dificuldade em atingir o orgasmo ou desfrutar do mesmo em intensidade baixa; transtorno do interesse sexual feminino, definido como falta ou diminuição significativa do interesse ou excitação sexual, e por último o transtorno de dor pélvica genital, caracterizado pela sensação de dor durante a introdução vaginal, durante o ato ou entre tentativas de penetração, ocasionando medo em se ter relações sexuais, ansiedade intensa durante ou na preliminar do ato, e dor durante a penetração vaginal (DSM-5) (FERREIRA et al. 2007; KLIEMANN, 2018).

Shifren et al (2009) falam que a maioria das mulheres que procuraram auxílio médico para o suporte destes distúrbios, sentiram insatisfações com o amparo que receberam por diversos fatores levando com que estas evitassem recorrer novamente aos cuidados de saúde. O estudo americano ainda relata que apenas 1/3 das mulheres com algum tipo de desordem do foro sexual procura orientação especializada. Segundo resultados destes estudos, os grandes empecilhos na busca de ajuda assistencial estão ligados ao recato e por vezes vergonha da discussão de problemas sexuais femininos, pouco interesse ou falta na demonstração de importância, e uma carente percepção da sua própria saúde (DA COSTA, 2013).

Gerin (2008) coloca que as disfunções são uma questão problemática sexual, logo, aborda em sua pesquisa, que essa condição afeta a qualidade de vida como um todo. O

fisioterapeuta sendo parte complementar do grupo multiprofissional possíveis para o tratamento destes casos, pode contribuir não apenas na avaliação das causas e indicando possíveis tratamentos, como também ativamente no tratamento com técnicas fisioterápicas para a reabilitação, dependendo do diagnóstico, trazendo eficácia comprovada cientificamente com diversos benefícios e segurança (CUNHA, 2022; VIEIRA et al. 2016).

A dor que uma mulher sofre antes e depois da relação sexual é considerada dor pélvica e nunca sexual. A dor pélvica pode ocorrer através de causas orgânicas ou inorgânicas, inclusive psicossociais, podendo ser exacerbada simultaneamente pela relação sexual ou não estar associada à atividade sexual (PAVANELO, DEHER, 2021). A história clínica irá auxiliar o especialista atuante a determinar fatores predisponentes, como um quadro de distímia prolongado, traumas psicológicos e físicos como exemplo a ocorrência de abusos na adolescência ou na infância. Para a inspeção do exame físico, podem ser feitos levantamentos de causas orgânicas ou manobras pélvicas, que levam a avaliação da anatomia ginecológica, desde o tamanho uterino à tonicidade dos MAP (MATTHES, 2019; TAM, LEVINE, 2018).

Patologias prévias ou vigentes, como ISTs, endometriose, neoplasias, desidratação e atrofia vaginal, podem cooperar para os sintomas (TRONCON, PANDOCCHI, ALVES, 2017). Os fenômenos emocionais são de suma estima, pois se comina ao medo da sensação dolorosa durante o ato sexual, levando a mulher a ter uma resposta involuntária de "retirada", o que gera grande tensão, descargas de cortisona pela situação estressante, beneficiando a contração muscular, e conseqüentemente, desconforto (AMARAL et al., 2022). Dentre os fatores que podem levar à uma contração involuntária da musculatura do AP, pode ser citada as experiências sexuais antecedentes negativas, opressão sexual baseada em crenças religiosas, carga contrária social e familiar, abuso sexual e medo da dor, como já mencionado (CARVALHO et al., 2017).

Dentre os demais fatores hormonais, o hipoestrogenismo quando se está adjunto a menopausa, uma vez que esteja combinado à síndrome geniturinária da menopausa, tem papel relevante já que tem a possibilidade de aumentar a massa de recepções nervosas na vagina e vulva (CUNHA, 2022).

Perturbações atentados sexuais, todas esses antecedentes devem ser considerados para a afirmação e determinação (PAVANELO, DEHER, 2021). Essa causa de dor que premedita a relação, sem necessariamente contato físico sexual, tem como principal causa a violação psicológica, que podem ocorrer “em uma jovem de 17 anos que, depois de passar anos ouvindo a mãe repetir, por diversas vezes, que relação sexual é ruim e dolorosa, dizia que não tinha

desejo de iniciar sua vida sexual” e, por conta disso, se afastava dos homens, conforme relatado por Gerin (2008, p.14).

Cunha (2022) relata através de suas pesquisas que aderências causadas por cirurgias ginecológicas tem a capacidade de provocar dispareunia ou alguma desordem orgástica que levam as dores gínito-pélvicas e algumas condições uroginecológicas, como a incontinência urinária, cistites, infecções urinárias e vulvovaginites, geram grande durante o ato sexual, leve incomodo levando à disfunção ou diminuição da atividade sexual (DIAS et al, 2014). Outro exemplo são a ocorrência de cânceres ginecológicos, como o câncer da mama e as intervenções ginecológicas, pois comprometem a integridade física e deixam uma macula psicológica nas pacientes pois ocorre uma ruptura em seus principais símbolos físicos de feminilidade, resultando em possível desinteresse sexual. Algumas das principais causas das DSF podem ser vistas no quadro 01 (PHILLIPS, 2000).

**Quadro 01:** Alguns fatores relacionados as disfunções sexuais femininas

CAUSAS	CONDIÇÕES CLÍNICAS
Anatômicas	Malformações genitais, septos, cicatrizes cirúrgicas, prolapso genital etc
infeciosas	Vulvovaginites, ISTs, doença inflamatória pélvica, cistite intersticial, infecção do trato urinário, úlceras, herpes genital etc
Hormonais	Ressecamento e atrofia da mucosa vaginal devido a hipoestrogenismo/síndrome gênito-urinária da menopausa, anticoncepcionais hormonais
Sexuais	DSFs, desejo sexual hipoativo, anorgasmia etc
Musculares	Espasmo muscular, vaginismo, pontos gatilho
Patologias Diversas	Endometriose, vulvodinia, líquen, neoplasias

**Fonte:** Troncon, Pandochi, Alves (2017).

Uma das primeiras mudanças que as mulheres notam após o nascimento de seus filhos são as alterações estéticas em seu corpo, embora essas alterações corporais sejam normais e até mesmo esperadas, por vezes causam frustrações e insatisfação por parte das mulheres, o que interfere em sua autoimagem, sexualidade, e logo, em suas atividades sexuais por se sentirem desconfortáveis em seus novos hábitos. A insatisfação da mulher com seu próprio corpo afeta negativamente sua vida sexual (KLIEMANN, 2018).

### 2.3.1 Dor Gínito-Pélvica

De acordo com Gerin (2008, p. 9), “A dor é uma experiência desagradável associada a uma lesão tecidual, mas que se diferencia para cada indivíduo, pois sofre diversas

influências”. O corpo feminino se modifica em diversas fases ao longo da existência, as DSFs estão mais propensas a surgir em sua fase fértil e costumam se apresentar com a dificuldade de alcançar a penetração vaginal durante a atividade sexual, dor vulvovaginal ou pélvica durante o coito ou tentativa de introdução vaginal (AMARAL et al., 2022).

Botelho (2022, p. 8), afirma que “O DDGP está presente em 23,1% das mulheres brasileiras e suas causas abrangem diversos aspectos que vão desde a menopausa, diminuição da lubrificação, até aumento da contração e rigidez dos MAP para impedir a penetração da vagina ou tornar a relação sexual muito dolorida.”. O ato sexual deve ser uma experiência agradável, desejável e com um longo período de estimulação antes da penetração, as disfunções sexuais como a dor gênito-pélvica, diminuem a motivação feminina para a prática sexual, interferindo na resposta orgânica positiva, em qualquer uma das etapas, seja o desejo, excitação, orgasmo e resolução (GERIN, 2008).

A função sexual apropriada é respeitada como um fator relevante para aumento na qualidade de vida, tendo prestígio da OMS quanto ao comparecimento da disfunção sexual sendo um problema de saúde pública, aconselhando sua investigação por causar sérias mudanças negativas na qualidade de vida e nos relacionamentos interpessoais e conjugais. Pesquisas realizadas apontam que a atuação do fisioterapeuta se torna formidável no processo de definição e tratamento das dores gênito-pélvica, relevando a importância de estudos nesse tema (CUNHA, 2022; WOLPE et al., 2015).

Segundo North E Pickersgill (2005), a dor pode ocorrer em distintas localizações anatômicas da vulva e vagina, por este motivo e por sua localidade ser complexa, a percepção da dor é sentida em locais diferentes, incidindo distúrbios musculoesqueléticos e miofasciais, colaborando para a incidência da disfunção sexual feminina (BERGHMANS, 2018).

O distúrbio da dor gênito-pélvica/penetração (DDGPP) foi recentemente incluída no DSM-5, na qual se estabelecem o vaginismo e a dispareunia. Mesmo com a similaridade, o distúrbio da dor gênito-pélvica e a vulvodinia são consideradas duas disfunções distintas (VASCONCELOS, 2020).

Essa disfunção é baseada na dificuldade em alcançar penetração vaginal com prazer durante a relação sexual, ou dor vulvo-vaginal ou pélvica durante a relação sexual ou tentativas de relação sexual vaginal. Também inclui a presença de medo ou ansiedade na dor vulvo-vaginal ou pélvica em antecipação, durante a penetração vaginal ou como resultado dela, em mais presença de tensão ou enrijecimento dos músculos pélvicos ao tentar penetração (BOTELHO, 2022; TRONCON, PANDOCHI, ALVES, 2017).

Em 2018, Righarts et al., determinaram através de um estudo feito com 429 mulheres em idade reprodutiva que 54,5% dessas mulheres sentiram dor gênito-pélvica nos 12 meses anteriores, sendo que cerca de 11,6% dessas mulheres sofriam com dispareunia e 11,6% outras dores relacionadas ao coito.

Para ser caracterizado uma disfunção sexual pélvica, o período de constância dos sintomas deve ser superior a seis meses, o sofrimento da mulher e a isenção da violência mental ou sexual, executada pelo parceiro ou de outros relacionamentos anteriores, e também demais fatores estressantes que podem levar à dor durante o sexo, também devem ser levadas em consideração para o estabelecimento do diagnóstico (TRONCON, PANDOCCHI, ALVES, 2017).

### 2.3.1.1 Vaginismo e Dor Vulvo-Vaginal

O vaginismo é a periódica ou constante contração ligada a penetração vaginal, com espasmos durante a introdução íntima, que incide nos músculos perineais e elevador do anus. A sua amplitude pode variar de ligeira, admitindo algum tipo de penetração, a grave, quando a penetração é impossibilitada. Essas contrações dificultam a entrada do pênis no canal vaginal, o que causa a dor (AVEIRO, GARCIA, DRIUSSOEIO, 2009).

Bergeron et al. (2015) apontam que a dor vulvovaginal que é vivida durante a atividade sexual tem um impacto negativo direto na mulher e indireto no parceiro, pelo nível psicológico e sexual, com diminuição do bem-estar do casal e consequente degradação da relação. Hoje em dia se é compreendida a complexidade do vaginismo, sendo caracterizado por um impedimento do coito, secundário ao temor da vivência dolorosa e comprometendo igualmente a introdução vaginal não sexual, até mesmo em exames ginecológicos. A dispareunia acaba por ser uma dor sexual secundária ao vaginismo, à vulvodinia ou a outras patologias orgânicas (DIAS et al., 2014; VASCONCELOS, 2020).

Spengler González et al. (2020) classifica o vaginismo de acordo com o seu aparecimento, podendo ser ele primário, quando está presente desde o início da atividade de vida sexual; secundário quando surge após um temporada de relações sexuais sem dificuldade; e situacional no caso de ser ocasionalmente. O autor ainda classifica de acordo com a intensidade da dificuldade de penetração, que é o quanto a mulher suporta e sente prazer no ato, como: leve, moderado, grave ou o limiar muito grave.

Também é caracterizada pela presença de pavor ou ansiedade associada à dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado da penetração vaginal,

além da existência de tensão ou rigidez muscular do AP durante o experimento de penetração vaginal (CUNHA, 2022).

Dentre as principais causas anatômicas, funcionais e musculares do vaginismo estão: alterações do hímen, endometriose distúrbios inflamatórios pélvicos; vaginite atrófica; relaxamento dos ligamentos uterinos, renais ou vesicais; tumores pélvicos; sequelas de tratamentos oncológicos; episiotomia e cicatrizes secundárias. As causas psicológicas que podem estar associadas são incontáveis, porém, as principais estão relacionadas a educação familiar repressora a sexualidade, medo de engravidar, falta de informações sexuais, experiências sexuais ou conjugais anteriores traumáticas, estando diretamente associado a ansiedade, medo e baixa auto estima (CARVALHO et al., 2017; SPENGLER GONZALÉZ et al, 2020).

Após definido o diagnóstico de vaginismo, o paciente deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar, visto que a melhor estratégia de tratamento é o resultado da associação de múltiplas especialidades e abordagens, entrando aqui a ação do profissional em fisioterapia (AMARAL et al., 2022).

### 2.3.1.2 Dispareunia

O termo “dispareunia” foi criado por Barnes em 1874, que o conceituou como acasalamento difícil ou doloroso, e foi uma tentativa de compreender todas as experiências dolorosas que interferiam no ato sexual (AQUINO, 2019). Na atuação clínica, o diagnóstico de dispareunia é cometido quando se descartam fatores orgânicos relevantes e a definição deste depende mais pela avaliação clínica do profissional do que pelos exames físicos típicos. O autor traz ainda em seu artigo que as causas da dispareunia são tão variadas e ao mesmo tempo singulares que a identificação incorreta de sua causa pode resultar em uma ineficácia do tratamento sugerido (BINIK, 2005; SPENGLER GONZÁLES et al., 2020).

Gerin (2008, p.13) afirma que a dispareunia “é causa de sofrimento ou dificuldade no relacionamento interpessoal, assim como as outras disfunções sexuais”. A dispareunia de forma simplória, se trata do quadro repetitivo de dor vaginal associada durante ou após a atividade sexual, motivada por inúmeros fatores que variam do quadro clínico e HC da paciente (DIAS et al, 2014).

Como causas orgânicas da dispareunia pode ser citado doenças da vulva ou infecciosas, como a vulvovaginites, vulvodinia, dermatose ou ISTs; medicamentos ou efeitos colaterais; pós menopausa; distúrbios neurológicos de anormalidades muscularias ou urológicos ou imunológicos (AQUINO, 2019). Como causas psicosexuais o autor cita ainda

estresse exacerbado, problemas relacionados com a aprendizagem sexual cultural, sentimento de culpa, visão negativa da sexualidade por conta de crenças e credos e também fatores já abordados, como eventos traumáticos (DIAS et al., 2019; SPENGLER GONZÁLES et al., 2020).

Gerin (2008, p.19) relata que “em minha experiência de trabalho percebi que a dispareunia é identificada quando a mulher queixa de dor durante o ato sexual ao profissional de saúde, e se esta queixa não é feita, as mulheres podem relatar a dor durante a anamnese, o que depende diretamente da confiança que deposita no profissional”. Exames tipicamente solicitados para a identificação da dispareunia são: citologia oncótica, USG e colposcopia, estes que quando não identificado algum tipo de ocorrência, indica causas não orgânicas (VASCONCELOS, 2020).

### 2.3.1.3 Anorgasmia

A anorgasmia é definida como falta ou demora do orgasmo de repetição esporádica ou frequente. A mulher que apresenta disfunção orgásmica tem satisfatórias respostas e interesse sexual para o coito, passa por todas as fases do ciclo de resposta sexual, mas não alcança o clímax do ato (DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO, 2020).

O orgasmo é entendido como uma sensação de imenso bem estar geral, em tal estado ocorrem diversas e prolongadas contrações, rítmicas, reflexas e intensas que demandam o trabalho da musculatura do AP, face, músculos abdominais, MMII e MMSS. Durante esse momento, acetilcolina, ocitocina e peptídeos vasodilatadores são liberados pelas terminações nervosas parassimpáticas na região genital, beneficiando a dilatação e congestão venosa, ereção do clitóris e turgescência dos pequenos lábios (DIAS et al, 2014; SOARES, 2013).

A disfunção orgásmica pode ser dividida nas fases primária, quando a mulher nunca teve tal sensação e em secundária, quando a mesma já o teve mas por algum motivo não o tem mais (PAVANELO, DEHER, 2021). Muitos fatores podem contribuir para essa disfunção, podendo ser eles físicos ou psicológicos, sendo desde idade, qualidade do relacionamento, abusos ou agressões sexuais, estilo de vida, alimentação, crenças religiosas, medo até anormalidades anatômicas, cirurgias ginecológicas e fraqueza do AP. estima-se que entre 40 e 45% das mulheres tem queixas de DS, e que a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30% (CARVALHO et al., 2017; DA COSTA, 2013).

Existem ao todo, 5 tipos de orgasmo feminino: o vaginal, caracterizado por contrações de baixa intensidade, rítmicas e reflexas que surgem no clitóris, vagina e ânus; orgasmo abdominal, iniciado na vagina, clitóris e ânus, caracterizados por contrações intensas e por

utilizar os músculos pélvicos, abdominais e parte medial da coxa para suportar tal agressividade das contrações; o clitoriano é caracterizado por contrações rítmicas quase imperceptíveis nos músculos próximos ao clitóris; o orgasmo contínuo que requer o conjunto trabalho da musculatura da cavidade pélvica, face, músculos abdominais e de MMSS e MMII; por fim, o orgasmo múltiplo, surge com leves contrações na vagina e ânus em curtos períodos de tempo (DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO, 2020; NAGAMINE, 2021).

Da Costa (2013) afirma que todas as mulheres possuem a capacidade de ter orgasmos a não ser que estejam em sofrimento psicológico, neurológico, disfuncional, endócrino ou ginecológico, entretanto, as principais causas são de natureza psicológica ou da inabilidade e desconhecimento da mulher ou do seu parceiro ao lidar com seu corpo (GOZZO et al, 2000).

## **2.4 Ciclo Da Resposta Sexual Feminina**

A sexualidade é vivida e manifestada em pensamentos, imaginações, anseios, fés, costumes, estimas, e relacionamentos, ainda que nem todos eles sejam sempre demonstrados ao longo da vida (GARCIA, 2012). O prazer e a satisfação sexual estão inteiramente incluídos nas quatro fases do ciclo de resposta sexual. Estas fases podem ser expressas de formas diferente em mulheres e homens, desde o seu psicológico até a forma com que o seu corpo responde a estímulos. A excitação feminina deriva de “prêmios” ou “lucros” que nem sempre serão sexuais. (FERREIRA et al., 2007; MARQUES, 2017).

A resposta sexual dos sexos feminino e masculino foi exposta primariamente em 1966 por Masters e Johnson , que a distinguiu em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Logo depois em 1979, Helen Kaplan explana diferenças entre os sexos, pois sexo masculino tem momento refratário e a mulher não, o que coloca o desejo como parte da fase prévia cerebral, o autor elabora um exemplo composto em três partes: desejo, excitação e orgasmo, essas sendo adotadas por muitas literaturas, até mesmo psiquiátricas e ginecológicas (GUIMARÃES, 2019; RIBEIRO, MAGALHAES, MOTA, 2013).

A fase do desejo só foi apresentada por Kaplan nos anos 70, e corresponde ao anseio de estabelecer uma relação sexual, baseada em estímulos sensoriais (audição, olfato, tato e visão), bem como a memória de experiências e fantasias eróticas (MARQUES, CHDID e EIZERIK, 2008).

### **2.4.1 Fase Do Desejo**

Na fase do desejo a base hormonal está vinculada ao hormônio androgênio, associado a capacidade da testosterona, que pode despertar a atividade sexual, níveis baixos desse

hormônio podem afetar a resposta sexual, conseqüentemente reduzindo o desejo. Níveis elevados de prolactina podem resultar em diminuição da libido, pois afetam a atividade dopaminérgica central. Os autores concluem que em relacionamentos mais firmes e de maior duração, o desejo sexual feminino é estimulado pelo compromisso, dedicação e consentimento do casal, que ainda reforçam a fase de excitação, do ciclo na resposta sexual, mantendo aceso o desejo. Em suma é certo que a intimidade reforça o desejo sexual na mulher e o estímulo é essencial para o resultado positivo da mesma na experiência (BASSON, 2000; DA COSTA, 2013; FERREIRA et al., 2007).

#### 2.4.2 Fase Da Excitação E Platô

A excitação é definida como a estimulação psicológica e/ou fisiológica que pode durar minutos a horas antes do ato. Nesta fase, o SNA parassimpático leva à lubrificação vaginal feminina e permite a sua dilatação e expansão, principalmente nos dois terços inferiores, permitindo a contração completa do pênis. De maneira especial, caracteriza-se por vasocongestão e miotomia. O platô é a excitação contínua e prolongada de 30 segundos a vários minutos. Pode-se enfatizar o aumento da frequência cardíaca, rubor facial, respiração ofegante, aumento da pressão arterial etc (MARQUES, CHDID e EIZERIK, 2008; MARQUES, 2017).

#### 2.4.3 Fase Do Orgasmo

O orgasmo é o ápice e grande objetivo da relação sexual, onde é atingido uma sensação de imenso prazer, representada pela ejaculação peniana, é o clímax da resposta sexual e se consiste em várias contrações reflexas, ritmadas e involuntárias em intervalos de aproximadamente 0,8 segundos dos músculos perianais e perivaginais. Essa fase é constituída de componentes fisiológicos, anatômicos e endócrinos, que também podem sofrer influências através de aspectos psicológicos e psicossociais (GUIMARÃES, 2019; DA COSTA, 2013).

#### 2.4.4 Fase Da Resolução

É um estado de enorme bem estar que segue o orgasmo, nessa fase predomina o relaxamento muscular e prazer no descanso. Nesta fase, o organismo retoma seu caráter físico e emocional habitual, vendo que, ao longo das fases anteriores, a frequência respiratória e os batimentos cardíacos estariam acelerados, a pressão arterial aumentada, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras demonstrações do organismo estariam em êxtase. (DE SOUZA ANTONIOLI, SIMÕES, 2010; MARQUES, CHDID, EIZERIK, 2008).

## 2.5 Fisioterapia Na Saúde Da Mulher

O CREFITO (2022) define a Fisioterapia em Saúde da mulher como uma área especializada da fisioterapia reconhecida pela decisão COFFITO n.º.372/2009, que visa ampla atuação fisioterapêutica em todo o ciclo vital da mulher, sendo a infância, gravidez, parto, puerpério, climatério e velhice. Esta especialidade concebe um refinamento da prática do fisioterapeuta, com foco nas particularidades da mulher em cada período da vida que vão muito além das questões puramente reprodutivas e inclui um foco no holismo e na consideração de questões socioculturais.

O profissional que possui habilidades baseadas em evidências específicas para atender as necessidades das mulheres nos diferentes níveis de atenção à saúde com uma visão ampla dos fatos determinantes que influenciam sua saúde e, portanto, nos resultados da fisioterapia (LAWSON, SACKS, 2018). O fisioterapeuta especializado na saúde da mulher tem ação de aconselhar, identificar e tratar as alterações do assoalho pélvico, agindo na prevenção e na reabilitação, sendo definida como o desempenho atípico do assoalho pélvico, podendo atuar como parte coadjuvante na reabilitação de diversas disfunções do assoalho pélvico, o que pode levar a uma potencialização dos resultados e melhora da qualidade de vida dos pacientes (STEIN et al., 2018).

Polden (2002) expõe que o desempenho da fisioterapia ginecológica, obstétrica e urológica na área da saúde da mulher, ao passar do tempo, tem sido cada vez mais reconhecida pois abrange todo o ciclo vital feminino. Assim cuidando do seu bem-estar e saúde, atuando na manutenção da autoestima e qualidade de vida.

Este profissional utiliza de métodos e técnicas voltados para o corpo feminino globalmente, incluindo mulheres com problemas de constipação, retenção urinária, incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso genitais (“bexiga caída”), além dos mais diversos tipos de disfunção sexual, podem recorrer a essa área da fisioterapia para o alívio, diminuição e reabilitação de tais disfunções, o que promoveria a elevação do desejo sexual com maior possibilidade de melhorar a excitação e orgasmo (CUNHA, 2022; STEIN et al., 2018).

A ação do fisioterapeuta em saúde da mulher se iniciou na Inglaterra como componente dos grupos de obstetrícia em meados do século XX (AVEIRO, GARCIA, DRIUSOEIO, 2009). As primeiras pesquisas científicas registradas ocorreram na década de 40, especialmente os estudos ligados ao assoalho pélvico feminino, as práticas em todo período gestacional e preparação para o parto (CREFITO-15, 2022).

No decurso da história da saúde feminino crescimento do seu empoderamento, e possível identificar cada dia mais um intenso mais amplo interesse para maior prazer e da

comunidade científica sobre as desordens sexuais femininas que o impedem, sendo assim, a atuação do fisioterapeuta se torna uma opção relevante no processo de identificação e reabilitação das dores gênero-pélvicas (CUNHA, 2022; VASCONCELOS, 2020).

Há muitas maneiras de tratar a dor sexual. Mas o nível de evidência é baixo devido à escassez de literatura, pesquisas e estudos clínicos sobre tratamentos direcionados ao vaginismo e dispareunia isolada (LAHAIE, 2015). No vaginismo, há uma tendência a se concentrar mais no alívio dos espasmos vaginais, na dilatação gradual da vagina e educação sexual (TOMEN et. al, 2015).

O ramo ginecológico ainda é uma área da saúde que carece de conhecimentos multidisciplinares e do trabalho interdisciplinar, sejam eles ginecológicos, urológicos, psicológicos fisioterapêuticos e de enfermagem (NAGAMINE, 2021). Levando em conta de que a sexualidade é um fator de grande importância na saúde global da mulher deve ser considerada na atenção completa à saúde da mulher, entretanto, muitos profissionais de saúde que são envolvidos no atendimento e acolhimento à mulher demonstram, muitas vezes, não estimar a sexualidade como uma necessidade básica do ser humano (KLIEMANN, 2018; STEIN et. al, 2018; VASCONCELOS, 2020).

### 2.5.1 Avaliação Fisioterapêutica

O profissional fisioterapeuta que atua na reabilitação perineal deve possuir conhecimento técnico e científico das estruturas que envolvem o assoalho pélvico, pois tal entendimento é fundamental para a prescrição de exercícios específicos no processo de reabilitação (SOARES, 2013). O domínio de tais informações é essencial para a promoção de segurança e qualidade do atendimento, podendo assim compartilhar com o público alvo os benefícios e sanar as diversas dúvidas, desmistificando a fisioterapia pélvica (SOUZA, LOTTI, REIS, 2012).

É imprescindível que seja realizada uma avaliação funcional dos MAP, sendo importante verificar seu nível de desempenho, seu tônus muscular e a sua resistência de contração voluntária, para que dessa forma seja possível planejar um protocolo de tratamento individualizado e eficiente para alterações musculares desta região (CONCEIÇÃO, 2021; SANTANA, 2021). A fisioterapia pélvica é uma especialidade que de fato possui contribuição importante na resolução dos distúrbios pélvicos femininos abordados e discutidos, e sua melhoria significativa quando conduzidos corretamente com o diagnóstico correto (CUNHA, 2022).

A partir de uma avaliação especializada, é possível verificar a função dos MAP e o tônus do corpo perineal e do esfíncter anal externo, a presença e localização de pontos dolorosos, a ciência das contrações voluntárias e repouso desses músculos, e se há contração dos músculos acessórios, pode-se alcançar dados de medição da abertura vulvovaginal e se deste modo, é elaborado um plano terapêutico será constituído por meio de intervenções que consistem em técnicas de auto relaxamento, domínio da ansiedade, e melhora da consciência corporal (SANTANA, 2021; TOMEN et al., 2015).

Spengler González et al. (2020) coloca alguns pontos importantes a serem questionados durante a avaliação para o profissional poder entender o que está acontecendo e elaborar um histórico clínico junto a um tratamento adequado. O autor coloca ainda que o entrevistador deve identificar a localização da dor e o seu aparecimento, investigar conhecimentos e atitudes sexuais, procurar por características dos seus relacionamentos, preferências sexuais, comorbidades e tratamentos e esclarecer as expectativas pessoais da paciente com o tratamento. Entretanto, a avaliação da função sexual é complexa, pois a sexualidade é um fenômeno multidimensional que se associa com inúmeros fatores desde físicos e biológicos a sociais e psicológicos (BRONDANI, 2014).

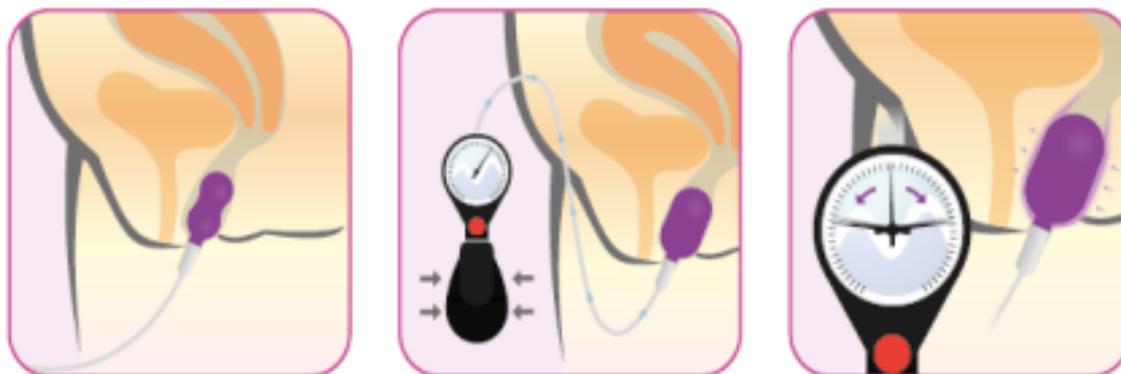
O quadro 02 demonstra a tabela de perineometria que é um método que mensura a força da musculatura que envolve e constitui o períneo (MAGNO et al., 2015). O perineometro é um dispositivo eletrônico de pressão que armazena digitalmente as contrações musculares do assoalho pélvico e revela os graus de força em sinais visuais através de uma escala numérica que varia de 0 a 46,4mmHg. Onde o grau 0 indica ausência de registro de contração e o grau 3 indica contração normal (DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO, 2020).

**Quadro 02:** Tabela de avaliação da força muscular do assoalho pélvico através da perineometria.

<b>GRAU</b>	<b>ESCORE (mmHg)</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
0	0	Ausência de registro de contração
1	1,6 a 16,0	Contração Leve
2	17,6 a 32,0	Contração moderada, não sustentada por 6 seg.
3	33,6 a 46,2	Contração normal, sustentada por 6 seg.

**Fonte:** Magno et al. (2015).

Desenvolvido por Kegel com o objetivo de mensurar a habilidade de força dos MAP, o perineômetro é um manômetro de pressão que é posicionado na vagina ao nível do músculo elevador do ânus, como mostra a Figura 04 (SANCHES et al., 2019).

**Figura 04** - Avaliação funcional do assoalho pélvico através da perioneometria.

Fonte: Santana (2021).

No quadro 03 podemos ver a tabela de avaliação de força através da palpação digital, que é um método de avaliação simples que emprega a escala de Oxford para avaliar a força das contrações dos MAPs que varia de 0 a 5 pontos, onde 0 é sem contração e 5 contrações fortes e mantidas nos dedos do terapeuta, esse método fornece dados quantitativos. (BATISTA et al, 2017; DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO, 2020).

**Quadro 03:** Tabela de avaliação da força dos MAP através da palpação digital.

GRAU	DESCRIÇÃO
GRAU 0	Ausência de contração dos músculos perineais
GRAU I	Esboço de contração muscular não sustentada
GRAU II	Presença de contração de pequena intensidade, mas que sustenta
GRAU III	Contração sentida com um aumento da pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal posterior
GRAU IV	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da sínfise púbica
GRAU V	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinados com movimento positivo em relação à sínfise púbica

Fonte: Batista et al. (2017).

## 2.6 Tratamento Fisioterapêutico

O tratamento fisioterapêutico visa o reestabelecimento da função dos MAP, através de intervenções como técnicas de auto relaxamento e controle da ansiedade, melhora da consciência corporal, controle de respiração entre outros. Atualmente, os tratamentos terapêuticos têm ganhado o interesse do público feminino, uma vez que tem propagado os benefícios e quebrado estigmas, dando credibilidade a novas alternativas. Assim, a fisioterapia

passa a ser um caminho para o tratamento das disfunções sexuais (DELGADO, FERREIRA, SOUZA, 2014; TRONCON, PANDOCCHI, ALVES, 2017).

É de grande relevância para o sucesso do tratamento fisioterapêutico que a mulher entenda o próprio corpo, tanto a morfologia e quanto a funcionalidade dos órgãos que o compõe, entretanto, o conhecimento do próprio corpo, devido fatores trazidos por tradições e sociocultural, esse conhecimento se torna de difícil aceitação, que ocasiona sentimentos de culpa e vergonha e justifica a dificuldade de varias mulheres em realizar alguns treinos que envolvam a região genital. O tratamento é totalmente individualizado e varia de acordo com a causa do problema, podendo ser ela em nível vaginal, quando há flacidez na musculatura da vagina, em nível do clitóris, apresentando atrofia ou diminuição circulatória entre outras (DELGADO, FERREIRA, SOUZA, 2014; SOARES, 2013; SOUZA, LOTTI, REIS, 2012).

O treinamento dos MAP procede em positivos efeitos na vida sexual das mulheres, dentre os variados fins da reabilitação e exercícios AP, o aumento do equilíbrio da musculatura pélvica e a melhora da vascularização proporcionando uma sexualidade satisfatória. A fisioterapia, para o tratamento das DSF, pode atuar de forma simples, não invasiva e de baixo custo. Como qualquer outro músculo, os MAP também têm a capacidade de aumentar o tônus e a força de resposta rápida (BRONDANI, 2014; PAVANELO, DREHER, 2021).

A fisioterapia como porta para o tratamento da dispareunia pode empregar técnicas simples e menos onerosas, visando uma normalidade na tonificação, relaxamento e fortalecimento da musculatura e por conseguinte um aumento da vascularização proporcionando melhora na vida sexual. Esse tratamento pode ser feito associando técnicas de massagem local e alongamento, objetivando uma melhor atividade sexual, aumentando o fluxo sanguíneo e a flexibilidade do introito vaginal o que ligeiramente promove a diminuição da dor (LAZZARINI, CARVALHO, 2009; MENDONÇA, AMARAL, 2011).

### 2.6.1 Cinesioterapia

A cinesioterapia consiste na realização de exercícios perianais com objetivo de restaurar a funcionalidade dos MAP, tem papel importante uma vez que preconiza a reeducação da musculatura empregando técnicas de contrações isoladas desses músculos acompanhantes de posicionamento apropriado da pelve e respiração adequada. Utilizando diferentes posturas é possível recrutar musculaturas específicas, aumentando o controle e consciência da mulher, a paciente aprende a contrair e relaxar por completo os MAPs sem recrutar os músculos sinergistas, ganha força por meio de variados tipos de contrações musculares, sendo elas as contrações máximas, submáximas e em níveis; e resistência muscular por meio da sustentação

da contração muscular por determinado período de tempo (DELGADO, FERREIRA, SOUZA, 2014; TEIXEIRA, CAMOLATO, LOPES, 2017; TOMEN et. al, 2015).

Próximo aos anos da década de 50, um ginecologista californiano chamado Arnold Kegel desenvolveu um plano de exercícios, que ganhou seu sobrenome: Exercícios de Kegel, que consistem em exercícios voluntários de contração e relaxamento dos músculos do AP, através de estudos do musculo pulvococcígeo para o tratamento da incontinência urinaria de esforço, e o autor constatou que muitas disfunções estavam associadas a redução da força muscular. E para que este tratamento leve a um bom resultado é necessário que a paciente entenda corretamente como realiza-los, podendo ser associados a respiração abdominal-diafragmática (DE SOUZA ANTONIOLI, SIMÕES, 2010; NAGAMINE, 2021).

A orientação em realizar exercícios para melhora da função dos MAPs em seu domicílio também é válida. Os exercícios de Kegel são compostos por: dez contrações sustentadas dos MAPs por seis segundos, com doze segundos de repouso entre uma contração e outra (fortalecimento de fibras musculares lentas), seguido por dez contrações rápidas de aproximadamente um segundo (para recrutar as fibras musculares rápidas). Deverão ser repetidos três vezes e realizados iniciando na posição supina, evoluindo para posição sentada e depois em posição ortostática. Essa técnica é capaz de proporcionar diversos benefícios, dentre eles, o controle do AP, melhora na performance sexual, aumento da vascularização pélvica, melhora e aumento na lubrificação vaginal e maior excitação, logo, prazer e bem estar (DA SILVA et al., 2020; TRONCON, PANDOCHI, ALVES, 2017).

Os exercícios cinesioterapeúticos do assoalho pélvico aumentam sua competência de atingir o orgasmo, devido ao aumento da propriocepção e a atividade fisiológica dessa musculatura, melhorando a sua função no ato sexual. Para disfunções dolorosas como o vaginismo, o relaxamento de músculos acessórios como adutores da coxa, piriforme, glúteo, abdominais e lombares, através de alongamentos e de exercícios respiratórios apresentam grande relevância (DELGADO, FERREIRA, SOUZA, 2014; TOMEN et. al, 2015).

### 2.6.2 Cones e Dilatadores Vaginais

Uma das vias de tratamento são os cones vaginais, esses equipamentos são vantajosos para realizar a tonificação e dilatação da musculatura do assoalho pélvico. Eles possuem o formato parecido em pequenas capsulas de tamanhos iguais, porém com pesos diferentes, variando entre 25g a 75g, como mostra a Figura 05. Os cones e dilatadores encorajariam as pacientes a permitirem que sejam introduzidos na vagina, de diâmetros progressivos,

auxiliando-as no momento da penetração vaginal (SOARES, 2013; TEIXEIRA, CAMOLATO, LOPES, 2017).

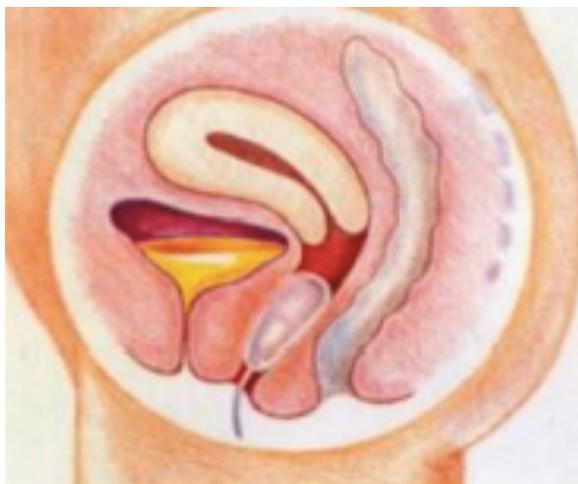
**Figura 05:** Cones Vaginais



**Fonte:** Soares (2013).

Os cones vaginais buscam efetividade pelo ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubiococcígea e auxiliar periférica (MATHEUS L.M. et al., 2006). O tratamento fisioterapêutico com cones vaginais é efetuado de duas formas, sendo elas: passiva e ativa. Na forma passiva e em posição ginecológica os cones são introduzidos pelo fisioterapeuta (Figura 06) que o mantém posicionado e tracionado durante as contrações realizadas pela paciente para o segurar dentro da cavidade vaginal. A forma ativa é realizada com a paciente em posição ortostática com o peso do cone contra a gravidade, podendo associar a exercícios conforme a evolução da paciente (DE SOUZA ANTONIOLI, SIMÕES, 2010; DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO, 2020).

**Figura 06:** Introdução dos Cones Vaginais



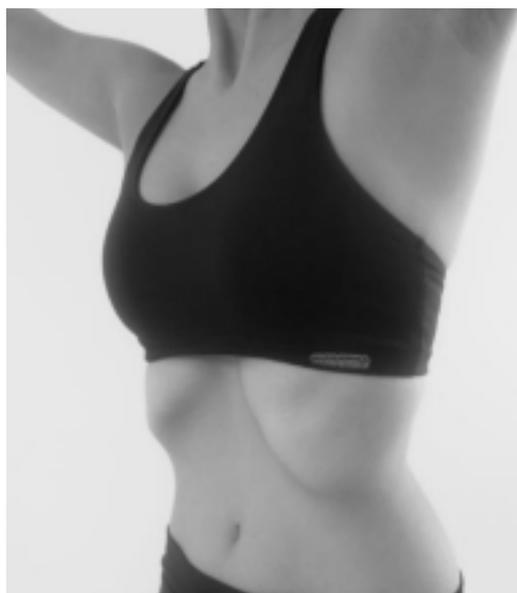
**Fonte:** Santana (2021).

### 2.6.3 Ginástica Hipopressiva

A Ginástica Hipopressiva (GAH) visa aumentar a propriocepção perineal e o fortalecimento dos MAP com a ativação reflexa e tônica dos músculos abdominais e do AP sem causar sobrecarga (SANTANA, 2021).

Essa prática é uma escolha para o tratamento das disfunções do MAP e dentre suas recomendações estão a melhora dos mesmos. A prática desses exercícios é constituída em três fases: a primeira é a inspiração diafragmática lenta e profunda, seguida da expiração completa, e a terceira etapa é a aspiração diafragmática, em que ocorre contração da musculatura abdominal profunda, intercostais e elevação das cúpulas diafragmáticas. Essa ativação reflexa facilita o aprendizado da correta contração, como mostra a Figura 07. (DELGADO, FERREIRA, SOUZA, 2014; VAZ, 2018).

**Figura 07:** Contração dos músculos acessórios da inspiração e a expansão da caixa torácica durante a realização da GAH.



**Fonte:** Santana (2021).

### 2.6.4 Eletroestimulação

A Eletroterapia apresenta grande relevância quando se trata do emprego de correntes elétricas para o fortalecimento e reeducação muscular, redução de edemas, alívio do quadro algico e restauração de ferimentos. Uma das grandes vantagens dessa via de tratamento é a inexistência de efeitos colaterais quando comparada ao tratamento medicamentoso (DE SOUZA ANTONIOLI, SIMÕES, 2010; MONTALTI et al., 2012; TOMEN et. al, 2015).

A utilização dessa via de tratamento é relevante, entretanto, o objetivo a ser alcançado depende dos parâmetros utilizados, nesta etapa é importante que o profissional elabore um protocolo efetivo para que o problema seja diretamente atingido, tanto para estimular e fortalecer os músculos inativos utilizando o modo FES, quanto para relaxar ou reduzir dor na musculatura comprometida, utilizando a modalidade TENS. Para ativação da musculatura e as fibras fásicas e tônicas a corrente a ser utilizada deve ter a frequência de 50Hz, para relaxamento e alívio de dor esse parâmetro é baixo, por volta de 10Hz. Os eletrodos podem ser aplicados tanto com a colocação intravaginal como na região do músculo tibial anterior (DE SOUZA et al., 2020; LAHAIE et al., 2015; TEIXEIRA, CAMOLATO, LOPES, 2017).

Em 2015, num estudo realizado ao longo de 4 meses para verificar a viabilidade do TENS, 39 mulheres que sofrem de dor gênito pélvica participaram, da faixa etária de 18 a 35 anos de idade. As pacientes foram instruídas a utilizarem o TENS em domicílio, com os parâmetros de 80Hz de frequência e duração de pulso de 50 a 180 microssegundos, a intensidade aumentava conforme a tolerância e conforto da paciente, aplicando de duas a três vezes por dia totalizando em média 90 minutos diários. Através desse estudo, foi concluído que a auto aplicação orientada e acompanhada do TENS tem a capacidade de reduzir os níveis de dor vulvar, sendo um recurso benéfico e viável para as disfunções dolorosas (TEIXEIRA, CAMOLATO, LOPES, 2017; VALLINGA et al 2015).

A utilização do TENS apresenta grandes benefícios no tratamento e melhora da dispareunia, pois alavanca a inibição pré-sináptica das fibras tipo C, resultando da liberação de serotonina, o que leva a ligação de endorfinas a receptores opiáceos em neurônios descendentes de caráter inibitório, proporcionando desta forma, efeitos analgésicos no local estimulado (AQUINO, 2019; MONTALTI et al., 2012).

### 2.6.5 Terapia Manual

A terapia manual engloba a massagem longitudinal, transversa e compressiva, exercícios terapêuticos, visando alongamento muscular; tração manual, utilizada para alívio da dor quando há espasmos musculares e contraturas; manipulação de tecidos, realizando alongamentos passivos e recuperação da ADM; e manobras miofasciais como a digito pressão e o deslizamento nas regiões de ponto gatilho, promovendo dessensibilização, relaxamento dos MAP e facilitando a penetração. Se apresenta muito efetiva, pois gera a normalização tônica através de ações reflexas e mecânicas, a qual sucede um aumento da circulação sanguínea, da flexibilidade muscular e do fluxo linfático (DELGADO, FERREIRA, SOUZA, 2014, NAGAMINE, 2021).

Os principais músculos que causam dor nos tecidos da vagina ou da vulva são isquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus, por possuírem maior número de pontos gatilhos. Após a identificação dos pontos gatilho a compressão isquêmica se mostra efetiva, onde o fisioterapeuta comprime manualmente o ponto de dor por 60 a 90 segundos ou até sentir sua liberação, reduzindo a dor e promovendo relaxamento da musculatura vaginal, como mostra a Figura 08 (SANTANA, 2021; TOMEN et. al, 2015).

**Figura 08:** Liberação de pontos de tensão intravaginal com terapia manual



**Fonte:** Santana (2021).

A massagem intravaginal é executada, como apresentada por Oyama et al. (2004), através da realização do alongamento muscular no sentido das fibras musculares, da origem para inserção dos MAPs, no sentido das fibras musculares, com pressão aceitável por cinco minutos de cada lado. Essa técnica apresenta benefícios para reabilitação dessa musculatura, além de não oferecer nenhum risco às mulheres e poder ser realizada pelo parceiro após orientação do fisioterapeuta, é também uma técnica de baixo custo. Essa técnica se apresenta muito útil nos casos de redução de dor devido a diminuição dos pontos gatilhos e também na facilitação da abertura do canal vaginal, como nos casos de vaginismo (DE SOUZA et al., 2020; OYAMA, 2004; TRONCON, PANDOCCHI, ALVES, 2017).

A massagem perineal pode ser realizada pela própria paciente após receber orientação e com o devido acompanhamento periódico fisioterapêutico, com objetivo de ser realizada diariamente e aumentar a flexibilidade da musculatura pélvica e dos tecidos perivaginais, reduzindo episódios de dispareunia (PAVANELO, DREHER, 2021).

### 2.6..6 Biofeedback

O biofeedback é um aparelho que utiliza eletrodos perineais, associados a representação gráfica, informando a paciente e ao fisioterapeuta os acontecimentos internos normais e atípicos dos MAPs, monitorando sua força e tonificação. Atualmente é muito usado na reabilitação pélvica, pois a sua tecnologia permite a propriocepção e identificação muscular, contribuindo para a coordenação e reeducação dos músculos pélvicos, uma vez que permite o treino e relaxamento dos mesmos (DE SOUZA et al., 2020; HUANG, WOLF, ELE, 2006).

Esse recurso pode ser executado no tratamento de todas as dores, desordens e disfunções e após o uso, a mulher consegue compreender como empregar sua musculatura e como ela deve estar em situações de atividade e de repouso. A sua forma de aplicação é intravaginal através de uma sonda exclusiva, como mostra a Figura 06 (TEIXEIRA, CAMOLATO, LOPES, 2017; TRONCON, PANDOCCHI, ALVES, 2017).

**Figura 09:** Aplicação do Biofeedback



**Fonte:** Ibramed (2023).

Essa ferramenta apresenta grande relevância no tratamento de síndromes que envolvem a dor vulvar como a dispareunia, tendo também papel importante no tratamento do vaginismo, devido a reeducação por meio da retroinformação externa proporcionada por meio da aprendizagem, mostrando ao paciente como modificar a resposta fisiológica inadequada e alcançar uma nova resposta fisiológica (DE SOUZA et al., 2020; GIGGINS, 2013).

O biofeedback pode ser associado com a cinesioterapia e com os exercícios de Kegel, o que apresenta grandes benefícios no tratamento e no fortalecimento. Ainda, existem modalidades que podem ser personalizadas com formas dinâmicas para o uso, que varia da necessidade individual, aumentando o engajamento da paciente e adesão ao tratamento (HUANG, WOLF, ELE, 2006; PAVANELO, DREHER, 2021).

#### 2.6.7 Método Pilates

O método Pilates, desenvolvido pelo alemão Joseph Pilates nos anos 20, é baseado na busca completa na coordenação entre corpo, mente e espírito (PAVANELO, DREHER, 2021). Tende a melhorar a função dos MAP, favorecendo a contração efetiva e consciente, com benefícios aos elementos de sustentação e melhora da resistência uretral do ser humano (BRONDANI, 2014).

O método consiste em exercícios com bases de movimentos concêntricos, excêntricos, isométricos e com contrações geradas pelo sinergismo muscular. Foca na mobilidade e estabilidade lombo pélvica, mobilidade da coluna vertebral, precisão, equilíbrio e coordenação (PAVANELO, DREHER, 2021). Esse método se baseia em cinco princípios básicos: centro de força, concentração, controle, precisão e respiração, entretanto, o principal pilar do Pilates é o alcance de um funcionamento do corpo mais efetivo e saudável através do fortalecimento do centro de força, termo que caracteriza a contorno do tronco inferior, estrutura que suporta o resto do corpo (ANDREAZZA, SERRA, 2019).

Tal método apresenta grande relevância na graduação de força dos MAP e na prevenção do surgimento de disfunções no mesmo, pois tal método trabalha desde o fortalecimento da musculatura, propriocepção e sensibilidade e a conscientização corporal, o que promove maior percepção da região perineal e melhora a satisfação da atividade sexual e da autoimagem da mulher. As contrações dos músculos abdominais ocorrem de forma simultânea a dos MAPs e de forma voluntária ou não (DE SOUSA, DE SOUZA, FIGUEREDO, 2020; PAVANELO, DEHER, 2021). Durante a prática, os exercícios respiratórios são indispensáveis, pois a expiração está associada à contração do diafragma, do musculo transverso abdominal, multifídios e MAPs (BRONDANI, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se através desta revisão de literatura que as noções sobre a sexualidade feminina e suas peculiaridades alcançam um espectro quase que imensurável, portanto, quanto mais o fisioterapeuta obter conhecimento sobre este assunto, suas bases científicas e técnicas se solidificaram e a sua capacidade de avaliar e tratar tais alterações cinéticas funcionais será elevada.

O estudo abordou a promoção dos efeitos positivos e significativos que a fisioterapia proporciona através de várias técnicas como a cinesioterapia, cones vaginais, pilates, biofeedback, terapias manuais para normalização tônica e dessensibilização, demonstrando a sua importância na saúde da mulher e a relevância do tratamento. O fisioterapeuta apresenta grande estima na equipe multidisciplinar devido a sua capacidade de prevenir, avaliar e tratar as DSFs provocadas pela alterações do assoalho pélvico, promovendo melhora na qualidade de vida.

Para a determinação de qual método apresenta melhores resultados é necessária uma avaliação singular de cada paciente e sua condição, entretanto, um dos que apresenta maiores benefícios é o biofeedback, por ser um recurso seguro e amplamente utilizado para avaliar o desempenho da musculatura pélvica através da aplicação do dispositivo associado a exercícios e contrações. Através do estudo, notou-se que em muitos casos a falha no tratamento é causada pela falta de consciência corporal e incapacidade da paciente em distinguir corretamente quais músculos devem ou não atuar nas suas atividades, essa técnica promove reconhecimento e coordenação dos músculos do AP.

Dos mais diversos instrumentos que o fisioterapeuta pode utilizar em suas avaliações e condutas o principal deles é baseado no princípio da educação em saúde, passando ao paciente o conhecimento de consciência corporal, apresentando o seu funcionamento fisiológico e anatômico do seu sistema reprodutor.

Apesar da alta prevalência das DSFs, a sua compreensão não é suficientemente estabelecida, a saúde da mulher atualmente ainda é vista por muitos como um estigma. Novos estudos e pesquisas são necessários para refinação do entendimento sobre a incidência e vias de tratamento mais relevantes utilizando amostras populacionais.

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, L. H. C. et al. **Intervenções fisioterapêuticas na dispareunia**. 2019.
- AMARAL, L. L. M. et al. Abordagem Terapêutica em mulheres com Vaginismo: revisão de literatura Therapeutic approach in women with Vaginism: literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 12134-12146, 2022.
- ANDREAZZA, E. I.; SERRA, E.. A influência do método Pilates no fortalecimento do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8, n. 3, 2019.
- ARAUJO, E. S. L.; SERRES, J. C. P. **Metodologia: material e métodos**. Porto Alegre, 2010.
- AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, Patrícia. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.3, p.279-83, jul./set. 2009
- BASSON, R. **The female sexual response: A different model**. Journal of Sex & Marital Therapy, v. 26, n. 1, p. 51-65, 2000.
- BATISTA, N. M. T. L. et al. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, p. 10-15, 2017
- BERGERON, S. et al. Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. **Current Sexual Health Reports**, v. 7, n. 3, p. 159-169, 2015.
- BERGHMANS, B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. **International Urogynecology Journal**, v. 29, n. 5, p. 631–638, 2018.
- BERNARDES, N.O.; PÉRES, F.R.; SOUZA, E.L.B.L.; SOUZA, O.L. Métodos de Tratamento Utilizados na Incontinência Urinária de Esforço Genuína: um Estudo Comparativo entre Cinesioterapia e Eletroestimulação Endovaginal. **Revista Brasil Ginecologia e Obstetetricia**, n. 1, v. 22, p. 49-52, jan, 2010.
- BINIK, Y. M. **Dyspareunia looks sexy on first but how much pain will it take for it to score? A reply to my critics concerning the DSM Classification of dyspareunia as a sexual dysfunction**. Archives of Sexual Behavior, v. 34, n. 1, p. 63-67, feb. 2005.
- BOTELHO, B. C. G. **Impacto de seis semanas de massagem perineal em mulheres com transtorno de dor gênito-pélvica/penetração**. Uberlândia, 2022.
- BRONDANI, K. H.. **Influência do método Pilates sobre a função do assoalho pélvico e sexualidade de mulheres sedentárias**. 2014.
- CARVALHO, J. C. G. R; AGUALUSA, L.M; MOREIRA, L. M. R; COSTA, J. C. M. Terapêutica multimodal do vaginismo: uma abordagem inovadora por meio da infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 67, n. 6, 2017.

CONCEIÇÃO, G.. Abordagem fisioterapêutica na prevenção e tratamento da incontinência urinária durante e após a gestação: revisão integrativa. 2021.

CREFITO-15: **Fisioterapia na Saúde da Mulher**. Crefito15. Disponível em: <<https://www.crefito15.org.br/fisioterapia-na-saude-da-mulher/>>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

CUNHA, C. S. A.. Atuação do fisioterapeuta no tratamento da dor gênito pélvica/penetração com foco na abordagem da terapia manual em mulheres na menacme. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 4, p. 30-50, 2022.

DA COSTA, G. N.. **Orgasmo Feminino: Conhecer Para Ter**. Dissertação. Universidade Candido Mendes, Tocantins, Palmas, 2013.

DELGADO, A. M.; FERREIRA, Isaldes Stefano Vieira; SOUSA, Mabel Araújo. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **CATUSSABA-ISSN 2237-3608**, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2014.

SILVA, A. P. S.; SILVA, J. S. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, n. 3, p. 205-211, 2003.

DARSKI, C. **Associação entre a musculatura do assoalho pélvico e a função sexual de mulheres com diferentes tipos de incontinência urinária**. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DE SOUSA, C. B.; DE SOUZA, V. S.; FIGUEREDO, R. C.. **Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico**. *Multidebates*, v. 4, n. 2, p. 176-188, 2020.

DE SOUZA ANTONIOLI, R.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010.

DE SOUZA, L. C. et al. Fisioterapia na disfunção sexual da mulher: revisão sistemática. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v. 5, n. 2, 2020.

DIAS, J.C.; SANTOS, W.S.; PEREIRA, J.S.; VASCONCELOS, R.F.R. Anorgasmia Feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, n.6, v.2, dez, 2014.

DIAS, J.C.; SANTOS, W.S.; PEREIRA, J.S.; VASCONCELOS, R.F.R. DO CARMO MATTHES, Angelo. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 30, n. 1, 2019.

FERREIRA, A. L. C. G. et al. **Disfunções sexuais femininas**. *Femina*, v. 35, n. 11, p. 689-95, 2007.

FERREIRA, MARGARIDA; SANTOS, P.. Princípios da fisiologia do exercício no treino dos músculos do pavimento pélvico. **Acta urológica**, v. 26, n. 3, p. 31-38, 2009

FUGL-MEYER, Kerstin S. et al. Standard operating procedures for female genital sexual pain. **The journal of sexual medicine**, v. 10, n. 1, p. 83-93, 2013.

FURTADO JR, Farina et al. **Pelve**. Clube de Autores, 2019.

GARCIA, O. R. et al. **Sexualidades femininas a prazer sexual: uma abordagem de gênero**. 2012.

GERIN, L. **A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?** 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GIGGINS, O.; PERSON, Ulrik McCarthy; CAULFIELD, Brian. Biofeedback na reabilitação. **Jornal de neuroengenharia e reabilitação**, v. 10, p. 1-11, 2013.

GOZZO, T. et al. **Sexualidade Feminina: Compreendendo seu significado**. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, jul. 2000.

GUIMARÃES, V. A. A. et al. Sordera y sexualidad: Un análisis a partir de las representaciones sociales de universitarios sordos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 387-405, 2019.

HUANG, E.; WOLF, S. L.; ELE, Jiping. Desenvolvimentos recentes em biofeedback para reabilitação neuromotora. **Jornal de neuroengenharia e reabilitação**, v. 3, p. 1-12, 2006.

IBRAMED. Neurodyn Evolution. Disponível em: <https://ibramed.com.br/eletroestimuladores/neurodyn-evolution/>. Acesso em 30 de maio de 2023.

LAHAIE, Marie-Andrée et al. **Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder**. *Archives of sexual behavior*, v. 44, n. 6, p. 1537-1550, 2015.

LAZZARINI, K. C; CARVALHO, F. **Intervenção Fisioterapêutica na Disfunção Sexual Feminina – Um Estudo de Caso**. Revista Uniamerica, 2009.

LAWSON, S.; SACKS, A. Pelvic floor physical therapy and women's health promotion. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 63, n. 4, p. 410-417, 2018.

MAGNO, L.D.P.; PEREIRA, A.J.F.; NUNES, E.F.C. **Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico**. *Rev Pan-Amaz Saude*, n.4, v. 2, p. 39-46, set, 2011.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, Simone Braga; EIZERIK, Gibrahn Chedid. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 3/6, Campinas-SP, 2008.

MATHEUS, L. M. et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 10, p. 387-392, 2006.

MENDONÇA, C. R. de; AMARAL, Waldemar Naves do. Tratamento Fisioterapêutico das Disfunções Sexuais Feminina - **Revisão de Literatura**. Revista Feminina, Rio de Janeiro, v. 39, n. 03, p. 139-142, mar. 2011.

MONTALTI, C. S. et al. Eletroterapia aplicada às disfunções sexuais femininas: revisão sistemática. **Fisioterapia Physical Therapy Brazil**, p. 45, 2012.'

NAGAMINE, B. P.; DA SILVA DANTAS, Rildo; DA SILVA, Karla Camila Correia. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e56710212894-e56710212894, 2021.

OYAMA, I. A.; REJBA, A.; LUKBAN, J.C.; FLETCHER, E.; KELLOGG-SPADT, S.; HOLZBERG, A.S.; WHITMORE, K.E. **Modified thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction**. Urology. v. 64, n. 5, p. 862- 865, 2004.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I.. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - Prevalência e fatores associados. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 29, n. 1, p. 16–24, 2013.

ROCHA, MARIA GILMA FERREIRA et al. Viver a sexualidade feminina no ciclo gravídico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 209-218, 2014.

PAVANELO, D. D.; DRERER, Daniela Zeni. Fisioterapia na anorgasmia feminina: uma revisão integrativa. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2021.

POLDEN, M.. **Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia**. Santos, 2002.

REZENDO FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Rezende, **Obstetrícia Fundamental**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RIGHARTS, A. et al. The prevalence and potential determinants of dysmenorrhoea and other pelvic pain in women: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 125, n. 12, p. 1532-1539, 2018.

SANCHES, P. R. S. et al. Correlação do escore de Oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (2010), p. 125-130**, 2010.

SANTANA, K. R. O. S. **Atuação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico decorrentes da episiotomia em adolescentes primíparas**. 2021.

SHIFREN, J. L. et al. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. **Journal of Women's Health**, v. 18, n. 4, p. 461-468, 2009.

SIMONELLI, Chiara et al. **Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus**. Current opinion in psychiatry, v. 27, n. 6, p. 406-412, 2014.

SOARES, ERICLÉIA RODRIGUES. **Disfunção sexual feminina: Tratamento fisioterapêutico na dispareunia**. 2013.

SOBOTTA, **Atlas de Anatomia Humana**, volume 2 / editado por R. Putz e R. Pabst, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SOUZA, E. L. de; LOTTI, R. C. B.; REIS, A.G.R Anatomia Feminina. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

SPENGLER GONZÁLEZ, Lessing Mercedes et al. Dispareunia y vaginismo, transtornos sexuales por dolor. **Revista Cubana de Medicina Militar**, v. 49, n. 3, 2020.

STEIN, S. R. et al. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. **Revista de ciências médicas**, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2018.

TAM, T.; LEVINE, E. M. **Female Sexual Dysfunction in Women with Pelvic Pain**. In: Seminars in Reproductive Medicine. Thieme Medical Publishers, 2018.

TEIXEIRA, J.A.; CAMILATO, E. S.; LOPES, Gerson. A fisioterapia pélvica melhora a dor genitopélvica/desordens da penetração?. **Femina**, v. 45, n. 3, p. 187-192, 2017.

TOMEN, A. et al. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. **Revista de Ciências Médicas**, v. 24, n. 3, p. 121-130, 2015.

TRONCON, J.K.; DA SILVA PANDOCHI, H.A.; LARA, L.A.. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 28, n. 2, p. 69-74, 2017.

VALLINGA, M. S. et al. Estimulação elétrica nervosa transcutânea como tratamento adicional para mulheres que sofrem de vestibulodinia provocada resistente à terapia: um estudo de viabilidade. **The Journal of Sexual Medicine** , v. 12, n. 1, pág. 228-237, 2015.

VASCONCELOS, M. E. S. **Dor gênito-pélvica crônica feminina: uma revisão da literatura**. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.

VAZ, L. A. F. et al. Efeitos da ginástica abdominal Hipopressiva no tratamento da incontinência urinária de esforço de mulheres: estudo clínico. 2018.

VIEIRA, K. F. L.; NÓBREGA, Renata Pires Mendes da; ARRUDA, Maria Valdênia Soares; et al. **Representação Social das Relações Sexuais: um Estudo Transgeracional entre Mulheres**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 2, p. 329–340, 2016.

KLIEMANN, D. S . R. de et al. **Sintomas de disfunções sexuais femininas após o período puerperal**. Psicologia-Florianópolis, 2018.

WOLPE, R. E. et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **CEP**, v. 88080, p. 350, 2015