UniAGES
Centro Universitário
Bacharelado em Fisioterapia

EMILLY GABRIELLY DANTAS DOS SANTOS

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: vaginismo e dispareunia

Paripiranga
2021

EMILLY GABRIELLY DANTAS DOS SANTOS

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: vaginismo e dispareunia

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES, como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho

Paripiranga
2021

Santos, Emilly Gabrielly Dantas dos, 1999

Atuação da Fisioterapia nas Disfunções Sexuais Femininas: vaginismo e dispareunia/ Emilly Gabrielly Dantas dos Santos – Paripiranga, 2021.

68 f.:6 il.

Orientador: Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – UniAGES, Paripiranga, 2021.

1. Fisioterapia. 2. Vaginismos 3. Dispareunia. I. Título. II. UniAGES.

EMILLY GABRIELLY DANTAS DOS SANTOS

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: vaginismo e dispareunia

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia à Comissão Julgadora designada pela Coordenação de Trabalhos de Conclusão de Curso do UniAGES.

Paripiranga, 01 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho
UniAGES

Prof. Dalmo de Moura Costa
UniAGES

Prof. Igor Macedo Brandão
UniAGES

Dedico este trabalho a Deus, que sempre iluminou meu caminho e permitiu que tudo isso acontecesse.

Aosmeuspais, Ray e Adelcio,que lutaram ao meu lado para que esse sonho fosse realizado.

À minha avó, Maria Dantas (*in memoriam*), que me ensinou sobre os verdadeiros valores da vida e é meu exemplo de caráter e dignidade.

Aomeunamorado,Levi Júnior,queesteveaomeuladodesdeoinício,sendosempre meu companheiro.

A toda a minha família e aos meus amigos, que contribuíram para a realização desse sonho e nunca me deixaram fraquejar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, minha fortaleza presente na hora da angústia que me deu saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Ray Dantas e Adelcio Bispo, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Agradeço à minha mãe, heroína, que me deu ânimo nas horas difíceis e de cansaço, que, apesar de todas as dificuldades, sempre me manteve forte.

À minha irmã, Ivi Cavalcante, que, com muito carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida, me incentivando nos momentos difíceis.

Ao meu namorado, Levi Júnior, que foi compreensivo com os momentos em que permaneci distante, por toda paciência, parceria, compreensão, todo carinho e amor, por me ajudar muitas vezes a achar soluções quando elas pareciam não aparecer e por compartilhar comigo os momentos de tristezas e alegrias.

À minha avó materna, Maria Dantas (*in memoriam*), que, infelizmente, não pode estar presente neste momento tão feliz da minha vida. Agradeço por todo ensinamento dado a mim, o qual foi fundamental em minha formação pessoal e profissional, por ter sido meu guia durante toda essa caminhada. Saudades eternas!

À minha família, pela contribuição valiosa, principalmente, aos meus padrinhos, Aroldo Rocha e Lucileide Melo, por todo apoio prestado durante toda a minha formação. Obrigada, meus tios e primos, que, nos momentos de minha ausência dedicados aos estudos, sempre se fizeram presentes.

Aos meus sogros, Diana e Levi, pela preocupação com os meus estudos, por sempre me apoiarem, torcerem e orarem muito por mim.

Às minhas amigas, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de toda minha trajetória: Karolyne Mota, Kedma Mota, Julie Anne, Larissa Oliveira, Letícia Almeida e Sarah Carvalho.

Não menos importante, agradeço, de modo geral, aos meus colegas de turma e às amizades que fiz durante esse processo, amigos esses que sempre estiveram ao meu lado, que vibraram junto comigo nos melhores momentos e que me ofereceram colo quando precisei: Jennifer Ribeiro, Mayara Andrade, Mirelle

Tassiana, Maria Augusta, Yanca Sena, Laiane Andrade, Cibele Dantas, Katiucia Andrade, Carolayne Mota, Geovanna de Almeida, Beatriz Carvalho, Nathalia Morais, Hysvia Brito e Mariele Caldas.

Às minhas colegas de república que estiveram comigo durante o período de estágio que compartilhamos inúmeros momentos inesquecíveis, enfrentaram comigo muitas dificuldades e desafios, mas nunca me deixaram fraquejar e que pretendo levar ao decorrer dessa nova trajetória: Aline Oliveira, Érica Diane, Nicole Santos e Andreza Cardoso.

Ao Centro Universitário AGES e a todos que contribuíram para a realização do meu sonho, o Bacharel em Fisioterapia, me tornando uma profissional de excelência a partir dos ensinamentos de professores de excelência. Em especial, ao coordenador e orientador, Prof. Fabio Luiz, pela contribuição para minha formação acadêmica e por compartilhar experiências de vida que serviram como ensinamentos; e à professora Giselle Dósea, que irei levar sempre comigo em minha trajetória como fisioterapeuta, por ter contribuído para a minha construção como uma profissional mais humana e sendo minha referência profissional.

Por fim, muito obrigada a todos que contribuíram, de alguma maneira, para a realização dessa conquista. Muito obrigada!

Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.

Josué 1:9

RESUMO

A disfunção sexual podeser caracterizada como a incapacidade de praticar o ato sexual com prazer e satisfação, bem como qualquer alteração no ciclo da resposta sexual, como desejo, excitação, orgasmo e resolução, que também podelevar ao desenvolvimento da mesma. Dentre elas, podem-se citar a dispareunia e o vaginismo, em que a primeira é caracterizada pelo quadro de dor ou desconforto durante ou após a relação sexual e a segunda consiste em uma contração vaginal involuntária que resulta em espasmos musculares e, consequentemente, em dor durante qualquer tentativa de penetração, incluindo na realização de exames ginecológicos preventivos. Este estudo tem como objetivo geral identificar a influência da fisioterapia na qualidade de vida da mulher com as seguintes disfunções sexuais: vaginismo e dispareunia, e como objetivos específicos compreender a anatomofisiologia do assoalho pélvico, descrever sobre o vaginismo e a dispareunia, os quais são disfunções sexuais femininas, bem como entender sobre a avaliação fisioterapêutica nestas patologias, seus métodos diagnósticos e suas etiologias, além de discutir sobre a atuação do profissional de fisioterapia nesse contexto, verificar as condutas fisioterapêuticas indicadas ao tratamento das disfunções citadas anteriormente, podendo, ainda, traçar um prognóstico fisioterapêutico para as mulheres acometidas por essas patologias. Portanto, esse estudo trata de uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções fisioterapêuticas no tratamento das disfunções sexuais femininas, exclusivamente, no vaginismo e na dispareunia, quando foram utilizados os seguintes descritores para a realização da pesquisa: “disfunções sexuais”, “atuação da fisioterapia”, “vaginismo” e “dispareunia”, em inglês e português. Esta monografia foi confeccionada entre os meses de agosto e novembro do ano de 2021, quando foi realizada durante esse período uma pesquisa sistemática, ordenada e abrangente sobre o tema. Foram utilizados estudos publicados entre os anos de 2016 e 2021, sendo consultados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Por conseguinte, a dispareunia e o vaginismo possuem impacto negativo na vida das mulheres acometidas, diminuindo, assim, a sua qualidade de vida e interferindo diretamente em seus relacionamentos. Desse modo, o fisioterapeuta poderá atuar intervindo nessas patologias através de técnicas e recursos fisioterapêuticos que apresentam resultados eficazes nesses casos, promovendo uma maior percepção e domínio corporal à paciente, permitindo, assim, que ela possa contrair e relaxar sua musculatura pélvica de forma voluntária, além de promover um ganho de força nessa musculatura, reduzindo os espasmos musculares causados pelas contrações involuntárias, melhorando as dores e, principalmente, melhorando o desempenho sexual da mulher durante a relação. Como recurso, o fisioterapeuta pode utilizar: dilatadores e cones vaginais, biofeedback, treinamento da musculatura do assoalho pélvico ou cinesioterapia pélvica, como o exercício de Kegel, eletroestimulação, técnicas de terapia manual, como a liberação de pontos de gatilho.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunções sexuais femininas. Dispareunia. Intervenções fisioterapêuticas. Vaginismo.

ABSTRACT

Sexual dysfunction can be characterized as the inability to perform the sexual act with pleasure and satisfaction, as well as any change in the sexual response cycle, such as desire, excitement, orgasm and resolution, which can also lead to its development. Among them, dyspareunia and vaginismus can be mentioned, in which the first one is characterized by pain or discomfort during or after sexual intercourse and the second consists of an involuntary vaginal contraction that results in muscle spasms and, consequently, in pain during any attempt at penetration, including when performing preventive gynecological exams. This study has as general objective to identify the influence of physiotherapy on the women's quality of life with the following sexual dysfunctions: vaginismus and dyspareunia, and as specific objectives to understand the anatomophysiology of the pelvic floor, to describe about vaginismus and dyspareunia, which are female sexual dysfunctions, as well as understanding about the physiotherapeutic evaluation in these pathologies, their diagnostic methods and etiologies, in addition to discuss the physiotherapy professional's performance in this context, verifying the physiotherapeutic conducts indicated for the treatment of the dysfunctions mentioned above, and can also trace a physiotherapeutic prognosis for women affected by these pathologies. Therefore, this study is an integrative literature review about physiotherapy interventions in the treatment of female sexual dysfunctions, exclusively in vaginismus and dyspareunia, when the following descriptors were used to carry out the research: 'sexual dysfunctions', 'performance of physiotherapy', 'vaginismus' and 'dyspareunia, in the English and Portuguese languages. This monograph was produced between the months of August and November of 2021, when a systematic, orderly and comprehensive research on the subject, was carried out during this period. Studies published between 2016 and 2021 were used, being consulted in the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed) and Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL). Therefore, dyspareunia and vaginismus have a negative impact on the affected women's lives, thus decreasing their quality of life and directly interfering in their relationships. In this way, the physiotherapist can act by intervening in these pathologies through physiotherapeutic techniques and resources that present effective results in these cases, promoting greater perception and body control for the patient, thus allowing her to contract and relax her pelvic muscles voluntarily, in addition to promote a gain in strength in this musculature, reducing muscle spasms caused by involuntary contractions, improving pain and, mainly, improving the woman's sexual performance during intercourse. As a resource, the physiotherapist can use: vaginal dilators and cones, biofeedback, pelvic floor muscle training or pelvic kinesiotherapy, such as Kegel exercise, electrical stimulation, manual therapy techniques, such as trigger point release.

KEYWORDS: Female sexual dysfunctions. Dyspareunia. Physiotherapeutic interventions.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

1: Músculos da parede e assoalho pélvico (vista anterior) 18
2: Músculos da parede e assoalho pélvico (vista lateral) 18
3: Órgãos genitais externos femininos 19
4: Quadro de escore de acordo com cada domínio da FSFI 29
5: Palpação com um único dedo 29
6: Escala de Oxford Modificada 30

LISTA DE QUADROS

1: Esquematização do processo de aquisição do corpus 41
2: Analítica para amostragem dos 11 estudos selecionados para os resultados e as discussões 43

LISTA DE SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FES	Estimulação Elétrica Funcional
FSFI	Female Sexual Function Index
LILACS	LiteraturaLatino-AmericanaedoCaribeemCiênciasdaSaúde
MEDLINE	MedicalLiteratureAnalysisandRetrievalSystemOnline
TENS	Estimulação Elétrica Transcutânea
SUS	Sistema Único de Sáude

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **12**

2 DESENVOLVIMENTO **17**

2.1 Referencial Teórico 17

2.1.1 Anatomofisiologia do assoalho pélvico 17

2.1.2 Vaginismo 20

2.1.3 Dispareunia 23

2.1.4 Avaliação e métodos diagnósticos 27

2.1.5 Intervenções fisioterapêuticas 30

2.1.6 Prognóstico fisioterapêutico 38

3 METODOLOGIA **41**

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES **43**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **57**

REFERÊNCIAS **60**

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o sexo foi visto como um ato, na maioria das vezes, proibido e que havia apenas a finalidade da reprodução humana, ignorando, totalmente, a sua parte prazerosa e sendo somente uma prática pecaminosa e imoral. Dessa forma, pode-se afirmar que a sexualidade envolve todo um aspecto físico, espiritual, emocional e social.

Sabe-se que, mesmo com todos os avanços significativos no âmbito da saúde, ainda é um desafio falar sobre comportamento e saúde sexual, principalmente, quando relacionada à mulher brasileira, a qual vive em um país que possui forte influência da variedade cultural, social e todas as suas peculiaridades, sofrendo com as crenças, os valores e tabus acerca dessa questão, que é tão relevante quando se trata de saúde. Com isso, faz-se necessária aos profissionais a reconstrução das práticas em relação às ações de assistência, uma vez que se pode notar que as normas, os padrões e as variedades culturais relacionadas às vivências sociais da mulher influenciam em seu comportamento.

No entanto, com o passar do tempo, as situações foram mudando e, atualmente, o sexo é considerado como algo cotidiano na vida das pessoas e a presença de transtornos, como as disfunções podem ocasionar em uma insatisfação e angústia pessoal, afetando diretamente na qualidade de vida e nas relações interpessoais, principalmente, dos casais.

De acordo com Ribeiro e Valle (2016), os conflitos entre os casais também são causados pelo desconhecimento sobre o próprio corpo e a própria sexualidade, incluindo a falta de percepção da resposta sexual, como orgasmo. Conforme Antônio *et al*.(2016), a disfunção sexual pode ser caracterizada como a incapacidade de praticar o ato sexual com prazer e satisfação, bem como qualquer alteração no ciclo da resposta sexual, como desejo, excitação, orgasmo e resolução, o que podelevar ao desenvolvimento da mesma.

Segundo Amaral e Santos (2017), a presença da disfunção sexual pode influenciar diretamente na saúde física e mental da mulher, principalmente, em fase reprodutiva, afetando diretamente na qualidade de vida da mesma e do seu parceiro. Sua etiopatogênese pode estar relacionada a fatores sociais,doenças do assoalho

pélvico e fatores emocionais, como abuso sexual, educação sexual repressiva, educação religiosa rígida e medo de se machucar durante o ato. Além disso, consistem em diversas desordens, como: distúrbio da excitação feminina, distúrbio do desejo sexual hipoativo, transtorno sexual do orgasmo feminino, dispareunia e vaginismo.

Conforme Trindade e Luzes (2017), a falta de prazer sexual pode colaborar para o desenvolvimento de diversos problemas, como insônia, depressão, tensão e mau humor, sendo uma condição indispensável quando relacionada à saúde. Os autores ainda trazem que as disfunções sexuais ocorrem com grande frequência nas mulheres, porém, são pouco detectadas. De acordo com Antônio *et al*. (2016), as disfunções sexuais femininas possuem causa multifatorial que variam desde determinantes biológicos, como alterações vasculares, neurológicas, anatômicas e, principalmente, determinantes psicológicos e fatores pessoais. Além disso, estima-se que, pelo menos, 40 e 45% das mulheres possuem algum grau, mesmo que leve, de disfunção sexual.

A musculatura do assoalho pélvico funciona como uma base de sustentação. Uma ação conjunta dos músculos e ligamentos dessa região irão atuar na contração e no relaxamento durante atividades cotidianas, muitas das vezes, que geram esforços a essa musculatura, como tossir e espirrar, contribuindo, assim,para a continência urinária, ou seja, a mesma irá fornecer resistência a esse aumento da pressão intra-abdominal que ocorre durante esses esforços de tensão, além de ser responsável pela manutenção da pressão vaginal e ter ação sobre os esfíncteres anal e uretral.

No entanto, conforme Batista *et al*. (2017), a musculatura do assoalho pélvico também tem um papel fundamental na função sexual feminina, pois o indicador de saúde do assoalho pélvico dependerá dessa musculatura e de sua consciência, força e resistência. A saúde dessa região deixará a musculatura mais volumosa, melhorando a sustentação das paredes vaginais, consequentemente, aumentando o prazer de ambos os parceiros durante a relação sexual. Assim, manter a musculatura do assoalho pélvico fortalecida garantirá o desempenho positivo das funções biológicas e sexuais.

Caracteriza-se como disfunção do assoalho pélvico todas as alterações na estrutura, função e percepção, podendo elas levarem ao desenvolvimento de incontinências, prolapsos, constipação e disfunções sexuais, os quais geram grande

repercussão negativa na qualidade de vida. Sabe-se que na fisioterapia possui uma especialidade voltada para a saúde da mulher e que o profissional habilitado na mesma possui um papel fundamental no tratamento das disfunções do assoalho pélvico, bem como pode promover ações de promoção e prevenção.

A fisioterapia pélvica é uma especialidade recente, pouco conhecida e, devido a esse desconhecimento, tornou-se uma área elitizada restringindo os atendimentos somente aos consultórios particulares. Segundo Dias *et al*. (2020), um fator muito relevante é o suporte em que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve oferecer às mulheres acometidas por disfunções do assoalho pélvico, pois ele deve ser estruturado para contemplar promoção da saúde, atenção integral à mulher, controle de patologias mais comuns nesse público e suas necessidades, garantindo, assim, o direito à saúde. Além disso, as disfunções do assoalho pélvico acontecem de forma crônica possuem alto índice de incidência e ocasionam em diversas alterações na vida da mulher, como limitações emocionais, físicas, sexuais e sociais. Com isso, nota-se a necessidade de ampliar as abordagens no SUS sobre a saúde da mulher e as disfunções que podem lhes acometer.

Diante das disfunções sexuais femininas já citadas, este estudo irá trazer sobre duas delas, a dispareunia e o vaginismo. A primeira é caracterizada pelo quadro de dor ou desconforto durante ou após a relação sexual. Já a segunda consiste em uma contração vaginal involuntária que resulta em espasmos musculares e, consequentemente, em dor durante qualquer tentativa de penetração, incluindo na realização de exames ginecológicos preventivos.

Segundo Amaral e Santos (2017), cerca de 1 a 6% das mulheres sexualmente ativas possuem vaginismo. Esta patologia é caracterizada como a contração involuntária e recorrente da musculatura pélvica ao tentar realizar a penetração, seja com o dedo, pênis, tampão ou, até mesmo, o espéculo, sendo classificado como primário ou secundário. Quanto ao vaginismo primário, a mulher apresenta dificuldade em ser penetrada desde a sua primeira tentativa, ou seja, não houve nenhuma penetração anteriormente. Já no vaginismo secundário, a mulher já havia realizado a penetração anteriormente, porém, por algum motivo, possivelmente, traumático, ela desenvolveu o vaginismo posteriormente e não consegue mais a penetração. A contração involuntária ocasionada pelo vaginismo ocorre nos músculos perineais e elevador do ânus, podendo sua intensidade variar entre ligeira e grave, sendo a primeira algum tipo de penetração e a segunda a impossibilidade

total.

De acordo com Rodrigues *et al*. (2021), a dispareunia é caracterizada pelo quadro álgico durante o ato sexual, ocasionando, assim, em angústias, dificuldades interpessoais e pode ser classificada pelo tempo, local e origem da dor pélvica relatada pela mulher, o que pode estar relacionada a fatores psicológicos e físicos. Além disso, a dispareunia possui duas subdivisões: a superficial e a profunda. A primeira está relacionada à lubrificação vaginal, ao prolapso e às infecções e é caracterizada pela dor em região vulvovestibular ao início da penetração ou durante, com o movimento do pênis dentro da vagina; já a segunda é a dor pélvica de forma crônica e localizada na vagina proximal.

Sabe-se que a atuação da fisioterapia pélvica consiste em trabalhar com a musculatura do assoalho pélvico ensinando e conscientizando ao público feminino sobre os benefícios, a importância e como realiza a contração voluntária destes músculos, estimulando o seu fortalecimento e relaxamento. Com isso, o fisioterapeuta pélvico, assim como em todas as áreas, irá realizar uma anamnese minuciosa voltada para a saúde da mulher, avaliando a força muscular, sensibilidade, funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico e deverá realizar testes diagnósticos para as disfunções do assoalho pélvico.

Com isso, considerando a importância da fisioterapia pélvica e os ganhos favoráveis à qualidade de vida das mulheres, o presente estudo tem por objetivo geral identificar a influência da fisioterapia na qualidade de vida da mulher com as seguintes disfunções sexuais: vaginismo e dispareunia, e como objetivos específicos, compreender a anatomofisiologia do assoalho pélvico, descrever sobre o vaginismo e a dispareunia, os quais são disfunções sexuais femininas, bem como entender sobre a avaliação fisioterapêutica nestas patologias, seus métodos diagnósticos e suas etiologias, além de discutir sobre a atuação do profissional de fisioterapia nesse contexto, verificar as condutas fisioterapêuticas indicadas ao tratamento das disfunções citadas anteriormente, podendo, ainda, traçar um prognóstico fisioterapêutico para as mulheres acometidas por essas patologias.

Sobre a metodologia aplicada neste estudo, trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções fisioterapêuticas no tratamento das disfunções sexuais femininas, exclusivamente, no vaginismo e na dispareunia, tendo sua relevância no âmbito acadêmico, científico e social por trazer sobre patologias pouco conhecidas, porém, que são muito comuns entre as mulheres. O estudo foi

realizado em bases de dados disponíveis na internet (PubMed, LILACS e Portal Regional da BVS), publicações em periódicos e em anais de congressos científicos. Os dados levantados estão descritos e apresentados em forma discursiva, trazendo os diversos resultados dos tratamentos realizados, de pesquisas publicadas, a fim de ressaltar a importância da fisioterapia pélvica no tratamento dessas disfunções sexuais femininas e para restaurar a qualidade de vida de mulheres acometidas por elas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 Anatomofisiologia do assoalho pélvico

De acordo com Falavigna e Tonatto (2013), a cintura pélvica, formada pelos ossos do sacro, ílio, ísquio e púbis, marca o fim do tronco e início dos membros inferiores, podendo ser chamada também como ponto de transição e é dividida em pelve maior e pelve menor. A primeira possui a função de proteção das vísceras abdominais inferiores e a segunda é a base para os componentes da cavidade pélvica e do períneo no tronco, sendo separadas somente pelo diafragma da pelve, composto pelos músculos elevador do ânus e isquiococcígeo.

Com isso, o assoalho pélvico (AP) pode ser caracterizado como um grupo muscular com função de sustentação, principalmente, dos órgãos abdominopélvicos, como a bexiga e a uretra, órgãos que atuam na manutenção da continência urinária. Assim, como a maioria das estruturas, é formado por músculos e fáscias, sendo a maioria dos seus músculos compostos por fibras de contração lenta e a minoria por fibras de contração rápida. Segundo Nolasco (2017)*apud* Barroso (2020), o AP garante a sustentação de três compartimentos anatômicos, sendo eles: anterior, formado pela bexiga e uretra; medial, formado pela vagina, cérvix e útero; e posterior, composto pelo reto e ânus.

Além das divisões já citadas, Lacerda (1999)*apud* Barroso (2020) cita que o AP também pode ser dividido em dois subgrupos de acordo a sua musculatura, chamados de fáscias pélvicas, são eles: diafragma pélvico, composto pelos músculos coccígeos e elevadores do ânus e diafragma urogenital, formado pelo músculo transverso profundo do períneo. Dentre essas estruturas, o músculo elevador do ânus se destaca por ter a função de manter o tônus muscular em longos

períodos e, principalmente, quando há uma elevação na pressão intra-abdominal. Quando relacionada à função sexual feminina, Standring (2010) *apud* Barroso (2020) cita a musculatura superficial do períneo, a qual é formada pelas fibras dos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e transverso.

Redol e Rocha (2017) *apud* Barroso (2020) afirmam que, ao analisar o colo vesical, encontra-se o vértice inferior, o qual é composto pelas fibras musculares adjacentes, responsáveis pela formação do esfíncter uretral, bem como a uretra posterior, que irão atuar no controle voluntário na micção. Para manter o bom funcionamento fisiológico no sistema urinário e reprodutor, deve-se haver um equilíbrio entre os órgãos, músculos, fáscias, ligamentos, vasos e nervos que compõem a região pélvica. No entanto, alguns fatores podem causar alterações nessa integridade, como a gravidez, o parto, a obesidade, a ação da gravidade e as atividades desportivas que geram impacto intra-abdominal.

Sobre os músculos da parede e do assoalho pélvico feminino, Falavigna e Tonatto (2013)citam: músculo obturador interno, iliococcígeo, pirifome, isquiococcígeo e elevador do ânus, formado pelos músculos pubovaginal, puboperineal, puboanal, puborretal, pubococcígeo, No vaginismo, os músculos mais comprometidos são os perineais e elevadores do ânus.

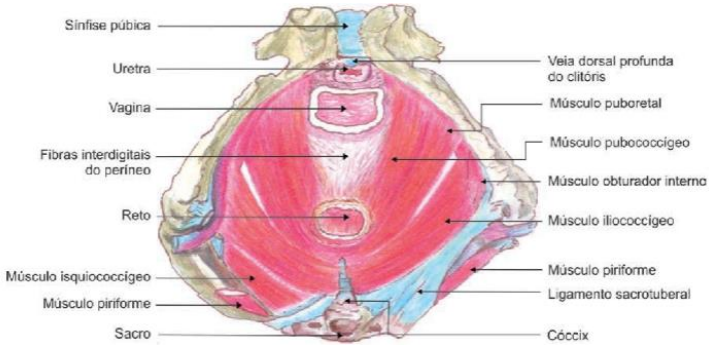

Figura 1: Músculos da parede e assoalho pélvico (vista anterior).
Fonte: Falavigna;Tonatto (2013).

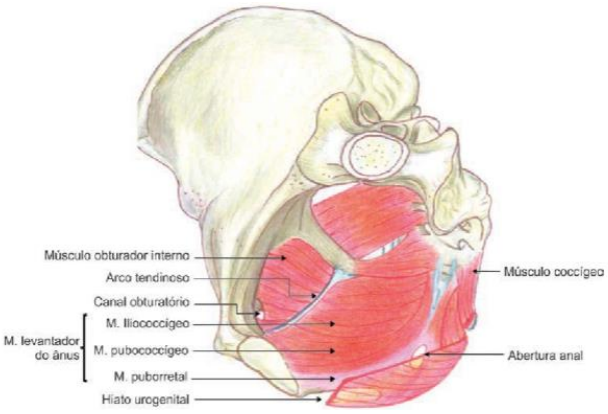

Figura 2: Músculos da parede e assoalho pélvico (vista lateral).
Fonte: Falavigna;Tonatto (2013).

Os autores Zorzi e Starling (2017) trazem que a vulva, ou seja, o conjunto de órgãos genitais externos femininos, é formada basicamente por quatro estruturas: monte púbico, caracterizado pelo tecido adiposo mais elevado que protege a sínfise púbica; grandes lábios, formado por tecido adiposo e por pelos pubianos; pequenos lábios, o qual não possui pelos e gorduras e o clitóris, o qual é uma estrutura análoga ao pênis, sendo composto por massa de tecido erétil.

Nos pequenos lábios, nota-se a presença do vestíbulo, em que se abrem a vagina, as glândulas vestibulares maiores (responsáveis pela produção do muco durante a excitação sexual) e a uretra. Já nos grandes lábios, há os bulbos do vestíbulo e as massas de tecido erétil, que irão se ingurgitar durante a relação sexual. Além disso, segundo Levin (2020), o clitóris possui um papel fundamental na sexualidade feminina, sendo considerada esta a sua função primária, além de ser a principal fonte de aumento endócrino, o qual ocorre através do orgasmo, nas mulheres. Os autores Jackson *et al.* (2019) citam que no clitóris há o nervo dorsal, o qual pode ser lesado ao longo do seu trajeto devido ao períneo e ocasionar na perda de sensibilidade na pele vulvar, bem como em quadros álgicos crônicos e em disfunções sexuais.

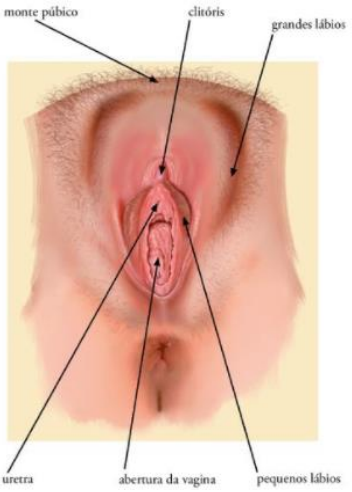

Figura 3: Órgãos genitais externos femininos.
Fonte: Zorzi; Starling (2017).

Outro fator relevante a ser discutido é sobre o ciclo da resposta sexual, descrito pela primeira vez por Masters eJohnson na década de 1960. Segundo Rodrigues *et al*. (2021), esse ciclo é formado por quatro fases, sendo elas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo é a origem do ciclo de resposta sexual e é marcado pela presença da libido e das fantasias em relação ao ato sexual e ocorre devido a dois fatores: o anatomofisiológico e subjetivo, que engloba as sensações e emoções.

Ainda de acordo com Rodrigues *et al*. (2021), na segunda fase, há a presença do estímulo decorrente do desejo provocado pelos órgãos do sentido e é acompanhada por alterações fisiológicas, como o aumento da frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, os mamilos ficam eretos e os seios aumentam de volume, podendo essa fase ser confirmada através da lubrificação vaginal. O orgasmo é caracterizado pelo pico da tensão sexual, aumentando a contração dos músculos da região pélvica e abdômen, podendo haver uma rápida perda de consciência que ocasiona na sensação de profundo relaxamento, prazer e bem-estar. Por fim, a fase de resolução pode ser caracterizada pela profunda sensação de relaxamento muscular e pelo período refratário nos homens, ou seja, o corpo rejeita qualquer estímulo e requer repouso, mas, nas mulheres, não há esse período.

2.1.2 Vaginismo

O vaginismo é uma disfunção sexual caracterizada pela contração involuntária da musculatura que circunda o terço externo da vagina. Mesmo sendo uma disfunção sexual relatada pela primeira vez há muitos anos, embora ainda é pouco diagnosticada e tratada. Estima-se que cerca de 7% das mulheres foram afetadas por essa patologia, sendo que grande parte delas não expõe esse problema de saúde, deixando esse valor algo incerto. Segundo Carvalho *et al*. (2017), o vaginismo interfere diretamente nas relações sexuais, deixando-as mais difíceis ou, até mesmo, inexistentes, pois gera dificuldade durante a penetração, geralmente, acompanhada pelo medo ou dor ocasionando na evitação fóbica, caracterizada pela reação de fuga involuntária sempre que há a possibilidade de penetração, nojo e ansiedade antecipatória.

De acordo com Spengler González *et al*. (2020), o vaginismo possui um caráter psicossomático, ou seja, há uma ligação direta entre a saúde emocional e a física, uma vez que sua etiologia pode estar relacionada a fatores psicológicos, porém, a reação de espasmo muscular que impede a penetração é física. Dentre os fatores psicológicos que podem levar a mulher a desenvolver o vaginismo, estão: aversão sexual, relações sexuais traumáticas, como abuso sexual, estupro, incesto ou exame de espéculo traumático, educação conservadora/repressiva, interferência religiosa em relação à sexualidade, educação sexual negativa, preocupações sobre orientação sexual, falta de conhecimento sobre o próprio corpo e sobre o ato sexual e problemas com parceiro.

Sobre as causas físicas do vaginismo, Carvalho *et al*. (2017) trazem as malformações de algumas estruturas, como o clitóris, hímen ou os lábios, endometriose, lubrificação ineficaz, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), atrofia vaginal, tumores pélvicos ou sequelas do tratamento, cicatrizes secundárias a episiotomias, doença inflamatória pélvica e pelo aumento da tensão na musculatura, pelo medo da dor, acaba não permitindo que a mulher relaxe, ocasionando no desenvolvimento de pontos de gatilho, o qual é caracterizado por pequenas áreas de contraturas a nível muscular.

O vaginismo pode ser classificado em diversos subgrupos que variam de acordo com as suas características e intensidades. Segundo Spengler González *et al*. (2020), sobre o aparecimento dessa patologia, a mesma é dividida em primária, que acontece quando o vaginismo ocorre no início da vida sexual e se apresenta de maneira mais frequente; secundária, quando surge após um período de relações

sexuais sem dificuldades e ocorre com menos frequência; ou situacional, a qual ocorre com mínima frequência e se restringe a apenas durante o coito. Em relação a sua intensidade, é classificada em: leve, a qual permite relações satisfatórias, permitindo somente a penetração com dedo; moderada: permite prazer a mulher, porém, sem penetração; grave, a qual é caracterizada pela incapacidade da penetração e qualquer tipo de situação que esteja ligada ao ato sexual; muito grave, a qual é marcada pelo medo intenso em relação à atividade sexual e pode ter relação com distúrbio de excitabilidade e aversão sexual.

Spengler González *et al*. (2020) afirmam que, frequentemente, as mulheres que possuem vaginismo primário relatam que receberam uma educação sexual repressora e rígida que não permitiam a compreensão da anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, ocasionando no medo ao se deparar com o ato sexual. Além disso, os autores elencaram alguns motivos que levam as mulheres a procurar ajuda profissional, dentre eles, estão: não realiza a atividade sexual com penetração ou, então, realiza de maneira forçada. Com isso, o vaginismo pode ser acompanhado pela diminuição do desejo sexual, da excitação e do transtorno do orgasmo, bem como pode ser ocasionado pela dispareunia.

Como já foi discutido anteriormente, o vaginismo possui como causas fatores físicos e psicológicos, ou seja, variam desde as infecções locais, lesões vaginais a abusos sexuais, dificuldades no relacionamento ou experiências negativas em relação ao ato sexual. No entanto, segundo Maseroli *et al*. (2018), o vaginismo é capaz de ocasionar no desenvolvimento de quadros psicopatológicos, como baixa autoestima, ansiedade, depressão, traços histéricos e, além disso, pode afetar diretamente na capacidade reprodutiva, levando a não consumação do casamento. Sobre os fatores psicológicos no vaginismo, estes possuem grandes influências no desenvolvimento da doença, pois se inicia com um processo de aprendizagem fóbica juntamente com o medo da penetração, levando ao desenvolvimento de ansiedade e, além disso, contribui para que a mulher com quadro de vaginismo acredite que a penetração irá lhe causar dor e lesões, ou, até mesmo, ocasiona no medo de engravidar, de adquirir AIDS ou doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Para a confirmação diagnóstica do vaginismo, Moltedo-Perfetti *et al*. (2014) trazem que há critérios a serem observados, como os dados sobre o aparecimento dos espasmos involuntários da musculatura do terço externo da vagina, se é

persistente ou recorrente, se os sintomas causam desconforto e dificuldade na relação sexual, além de avaliar sua intensidade, classificada em leve, moderada ou grave de acordo com a sua duração e origem, podendo, ainda, variar entre vitalícia ou adquirida. Além disso, a maior procura por ajuda profissional nos casos de vaginismo surge através do sentimento de culpa em não conseguir ter relação com penetração ou a impossibilidade de engravidar, gerando, assim, situações que dificultam no relacionamento e afetam diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

Por muito tempo, acreditou-se que qualidade de vida estava relacionada com a ausência de patologias, problemas ou dificuldades, excluindo totalmente o bem-estar e convívio social. No entanto, segundo Montedo-Perfetti *et al*. (2014), a Organização Mundial da Saúde define, atualmente, a qualidade de vida como uma percepção do indivíduo sobre sua posição no contexto cultural, sistema de valores e sua relação com suas expectativas, seus padrões, objetivos e interesses, emergindo três âmbitos: físico, psicológico e social.

Outro fato relevante sobre a busca por profissionais nos casos do vaginismo, o estudo de Montedo-Perfetti *et al*. (2014) trazem que a maioria das mulheres que buscam ajuda possui um alto nível educacional e socioeconômico, deixando evidente que as mulheres de baixa renda e baixo nível educacional não buscam ajuda por, muita das vezes, não terem conhecimento ou orientação sobre o assunto.

2.1.3 Dispareunia

Conforme Alizadeh e Farnam (2021), a dispareunia é uma disfunção sexual feminina caracterizada pelo quadro álgico contínuo, incessante ou intermitente que pode ocorrer antes, durante e após o ato sexual, sendo considerada como um fator que afeta diretamente na qualidade de vida das mulheres, impactando negativamente a saúde sexual de indivíduos e, também pode ser confundida com o distúrbio genitopélvico de dor/penetração.

Ainda segundo Alizadeh e Farnam (2021), em alguns casos, a partir da dispareunia, a mulher também pode desenvolver o vaginismo, uma vez que a relação sexual dolorosa causa repulsa ao ato sexual, porém, há critérios para o

diagnóstico desses distúrbios genitopélvicos de dor/penetração, sendo eles: dificuldades persistentes ou recorrentes na penetração vaginal durante a relação sexual, dor vulvovaginal ou pélvica, medo ou ansiedade acentuados em relação à dor em antecipação e tensão ou contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal. Com isso, vale ressaltar que, para a confirmação do diagnóstico de distúrbios genitopélvicos de dor/penetração, a paciente deve relatar que há sofrimento sexual (emoções negativas, como ansiedade e frustração), dor e medo e que estes afetam negativamente na capacidade de manter relações sexuais, diminuindo, assim, o desejo sexual e criando um círculo vicioso.

Sobre as causas da dispareunia, elas incluem fatores psicológicos, como a ansiedade e o abuso sexual, as infecções genitais agudas, como as disfunções na musculatura do assoalho pélvico, endometriose, condições estruturais, inflamatórias, neoplásicas, traumáticas e hormonais. Dentre as causas anatômicas, podem-se citar a disfunção muscular do assoalho pélvico, remanescentes do hímen, retroversão uterina e prolapso de órgão pélvico. Os autores Alizadeh e Farnam (2021) ainda trazem que, em relação à resposta sobre o local e momento da dor, as mulheres relatam, geralmente, em região da abertura vaginal e durante o início da relação sexual, os quais são características comuns em infecções e em casos em que há a diminuição da lubrificação da vagina.

De acordo com Tayyeb e Gupta (2021), a dispareunia acomete até 18% da população mundial, no entanto, é um problema bastante comum e negligenciado, justificando, assim, o índice baixo de comprometimento. Essa patologia pode ser dividida em superficial ou profunda e primária ou secundária. A primeira está relacionada à localização da dor, na superficial, também chamada de dispareunia de entrada, a dor concentra-se na entrada da vagina ou na vulva. Sabe-se que a vulva é a parte mais externa da genitália feminina e tem a função de proteger a abertura para vagina e uretra, servindo, também, como o centro da resposta sexual nas mulheres, sendo inervada, principalmente, pelo nervo pudendo, o qual é responsável pelo suprimento nervoso. Já na dispareunia profunda, a dor se expande para musculaturas mais profundas da vagina e pelve, podendo esta acontecer devido a alguns fatores, como a endometriose, cistite intersticial e síndrome da dor na bexiga e pélvica. Em relação à ocorrência da dor, a dispareunia pode ser classificada em primária, quando o quadro álgico ocorre no início do ato sexual, e secundária,

quando a dor inicia depois de um tempo de relação sexual indolor.

A dispareunia pode ocasionar em impactos negativos psicológica e fisicamente, causando, assim, problemas durante a relação sexual, como falta de excitação e desejo e, além disso, pode desencadear em quadros de ansiedade, depressão, baixa autoestima e insatisfação corporal. Segundo Tayyeb e Gupta (2021), é necessário obter o máximo de informações e descritores sobre o quadro álgico da paciente, como início, duração, localização, intensidade e fatores que aliviam ou agravam, pois esses detalhes poderão contribuir para o tratamento da dispareunia, bem como diferenciar o diagnóstico das outras disfunções sexuais, como vaginite e vulvodínea.

De acordo com McLean e Brooks(2017), há relatos de que o aumento do tônus da musculatura do assoalho pélvico pode ocasionar na contração indesejada e, até mesmo, gerar a dispareunia e o vaginismo, no entanto, não se sabe ainda se está relacionado a uma hipertonicidade ou desregulações. Com isso, nota-se o quão desconhecida e pouco discutida ainda é a relação da musculatura do assoalho pélvico com a dispareunia, pois muitos estudos trazem que essa patologia vai além da alteração no tônus muscular e que mulheres acometidas por ela também possuem déficit no controle neuromuscular, não conseguindo, na maioria das vezes, atingir e sustentar a contração da musculatura do assoalho pélvico, bem como relaxar após a ativação.

O exame de Eletromiografia pode ser muito útil no diagnóstico de disfunções do assoalho pélvico em pacientes acometidas pela dispareunia, quando aplicada e interpretada da maneira correta. Segundo McLean e Brooks (2017), na Eletromiografia, sinais são gerados através de potências de ação que se propagam por toda a fibra muscular e são registrados através de eletrodos, podendo estes ser do tipo agulha, em que a sua extremidade é posicionada dentro do músculo e, assim, os sinais são registrados de forma individual ou de pequenos grupos de fibras musculares, do tipo fio fino, o qual registra o potencial de uma unidade motora em um pequena região do músculo ou do tipo de superfície, que, registra o sinal de várias unidades motoras dentro de um músculo, sendo mais representativos quando se trata de ativação global do músculo determinado. No entanto, nos eletrodos do tipo agulha são mais utilizados, quando se refere à avaliação neuromuscular clínica, pois é observado o tamanho, a forma, frequência de disparo e velocidade de propagação dos potenciais de ação da fibra muscular em contrações de baixo nível.

Ainda há lacunas na compreensão da função exata da musculatura do assoalho pélvico quando relacionada à sexualidade e isso possui influência direta na falta de conhecimento da atuação da mesma na dispareunia. De acordo com McLean e Brooks (2017), quando há a estimulação do clitóris e do colo do útero, há contrações reflexas do músculo puborretal e elevador do ânus que proporcionam na distensão vaginal e, consequentemente, no alongamento da vagina, facilitando a entrada do pênis e promovendo a movimentação do colo do útero limitando o contato potencialmente doloroso.

No entanto, segundo McLean e Brooks (2017), quando há a contração pubovisceral do elevador do ânus, há uma diminuição da distância entre o reto posterior e a sínfise púbica, comprimindo a abertura vaginal, o qual irá contribuir positivamente na satisfação sexual, o que traz a relevância do músculo elevador do ânus na dispareunia. Além disso, acredita-se que, quanto mais fortalecida a musculatura do assoalho pélvico, melhor é a função sexual, porém, os estudos sobre isso ainda são limitados.

Nota-se que a dispareunia é uma patologia que possui grande impacto negativo nos aspectos mentais e físicos da paciente, principalmente, quando relacionada à imagem corporal, ao relacionamento e na tentativa de engravidar. De acordo com Seehusen *et al*. (2014), a dispareunia pode estar relacionada a outras disfunções sexuais, como a anorgasmia, diminuição da excitação e da libido, com isso, deve-se observar se há fatores de riscos que podem influenciar no desenvolvimento dessa patologia, como saúde debilitada, alterações no trato urinário, problemas emocionais, bem como, baixo nível de escolaridade e idade mais jovem.

Um fator relevante sobre a abordagem do profissional especializado está a verificação do nível de conforto do paciente para discutir sobre a dispareunia, uma vez que ela pode ser angustiante emocionalmente e cabe ao profissional estabelecer uma anamnese sem julgamentos e tentando colher o máximo de informações sobre a história sexual da paciente. Segundo Seehusen *et al*. (2014), outro ponto importante é compreender quais tarefas das atividades de vida diária da paciente foram afetadas pela patologia, bem como os aspectos pessoais, como relacionamento e autoestima, pois essas informações contribuíram para uma intervenção precisa e com recursos e apoios necessários.

Na avaliação, o exame físico pode ser realizado posteriormente, quando o

profissional já terá uma relação melhor com a paciente, deixando-a mais confortável. Além disso, ele pode ser realizado com o objetivo educacional para uma melhor percepção corporal, maior controle da musculatura pélvica, trabalhando a autoimagem e esclarecendo quais achados são normais e quais estão alterados, pois a paciente pode contar com o auxílio do espelho para acompanhar a explicação do profissional. Seehusen *et al*. (2014) trazem que, no exame físico, deve ser realizada a inspeção visual externa e interna e observada se há áreas com descoloração ou eritemas, pois podem indicar a presença de infecções e doenças dermatológicas. Além disso, se no exame físico a paciente apresentar sensibilidade, rigidez muscular ou dificuldade no controle muscular voluntário (contrair e relaxar), há o indicativo de que há uma disfunção na musculatura do assoalho pélvico.

Alimi *et al*. (2018) citam que a musculatura do assoalho pélvico é dividida em superficial e profunda a depender da sua localização na pelve. A musculatura profunda é composta pelo coccígeo e elevador do ânus, o qual é constituído pelo puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo. No entanto, a fraqueza na musculatura profunda do assoalho pélvico está diretamente relacionada a uma variedade de doenças e, principalmente, a fatores que contribuem para o desenvolvimento da dispareunia.

2.1.4 Avaliação e métodos diagnósticos

A avaliação é um fator muito relevante e deve ser realizada de forma minuciosa, pois irá guiar o profissional para a realização de um plano terapêutico eficaz e que se enquadre no quadro clínico do paciente com base nos dados coletados. Na fisioterapia pélvica, a avaliação da força muscular do assoalho pélvico contribui para o diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais, uma vez que estas, na maioria das vezes, também podem ocorrer devido à diminuição de força muscular dessa região. Segundo Oliveira *et al*. (2021), há diversas maneiras para avaliar a força muscular do assoalho pélvico, dentre elas, podem-se citar:

ultrassonografia, eletromiografia, manometria, perineometria, ressonância magnética, tomografia computadorizada, eletromiografia de superfície, palpação digital vaginal e cones vaginais, sendo os dois últimos mais utilizados.

Um fator muito importante naanamnese da paciente é a entrevista, quando devem ser realizadas as perguntas que complementarão no diagnóstico. Nela, serão levantadas as características da queixa principal (motivo que levou a paciente a buscar ajuda profissional), quando ocorrem as queixas, se há situações que melhoram ou pioram o quadro clínico, além de características do relacionamento, sobre o desejo sexual, se a mesma possui conhecimento sobre sexualidade, se houve diálogo com a família sobre educação sexual, histórico de abusos, estupros e experiências sexuais e ginecológicas traumáticas(TAYYEB; GUPTA, 2021).

Quanto à queixa álgica, Tayyeb e Gupta (2021) trazem que a mesma deve ser descrita quanto a sua intensidade, fatores que levam ao aumento da dor, sua localização, fatores que aliviam e se há a possibilidade de ter fatores psicológicos associados a essa queixa, pois o diagnóstico será realizado com base nas respostas da paciente. Como exemplo disto, pode-se citar sobre a descrição situacional e uma descrição mais generalizada, ou seja, se o quadro de dor acontece somente em uma determinada ocasião ou ocorre constantemente.

Assim como em todas as áreas de avaliação, para realizar o exame físico, deve-se, primeiramente, manter a paciente orientada com detalhes sobre o que será realizado e sobre sua anatomia e função do assoalho pélvico. Segundo Tayyeb e Gupta (2021), o exame físico deve iniciar com a inspeção visual, quando irá observar toda a estrutura externa da região íntima feminina, como os grandes e pequenos lábios, área vestibular e orifício uretral, avaliando, assim, se há possíveis lesões, eritema e hipertrofia labial. Sobre exames laboratoriais, na maioria das vezes, não ajudam no diagnóstico da dispareunia, porém, podem contribuir para o descarte de outras patologias para um diagnóstico exato, como a vulvodínea, a qual é semelhante à dispareunia, no entanto, pode ser descartada sua hipótese diagnóstica através do teste do cotonete realizado no exame vulvar.

No vaginismo, pode-se questionar a paciente durante a entrevista sobre o uso de absorventes internos, se já realizou exames ginecológicos, sobre a intensidade, se já conseguiu ou tentou algum tipo de penetração, se há aversão sexual e solicitar detalhes de como ocorremas queixas, podendo, assim, classificar o vaginismo em primário, secundário, generalizado ou situacional. Além disso, de acordo com

González *et al*. (2020), no vaginismo, pode-se identificá-lo através da palpação dos músculos internos das coxas e ao longo do períneo pontos de tensão e rigidez muscular. Em seguida, sempre orientando a paciente sobre o que será realizado, o fisioterapeuta tentará introduzir cerca de 3 a 5 centímetros do dedo indicador, porém, sempre perguntando se é desconfortável para a paciente, pois o vaginismo pode ser diagnosticado, quando há um espasmo involuntário ou uma contração da musculatura do assoalho pélvico.

Como uma maneira de ter diagnósticos precisos e avaliações mais completas na disfunção sexual feminina, vários questionários têm sido desenvolvidos, dentre eles, pode-se citar o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI), o qual, de acordo com Souza *et al*. (2021), é um instrumento multidimensional que permite avaliar seis domínios da função sexual na mulher através de dezenove questões sobre desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor/desconforto. A pontuação de cada questão é avaliada de zero a cinco, em que, para se obter os pontos de cada domínio, devem-se somar as questões correspondentes a cada um destes e multiplicam-se pelo fator de correção. A soma de cada domínio constitui o escore total, o qual apresenta um valor mínimo de dois e máximo de trinta e seis, em que quanto maior o escore, melhor é a função sexual da paciente.

Domínio	Questão	Variação do escore	Fator	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1 – 5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	1 – 5	0,4	0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0(ou 1) – 5	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0
Escore total				2,0	36

Figura 4: Quadro de escore de acordo com cada domínio da FSFI.
Fonte: Souza *et al*. (2021).

A força de contração muscular do assoalho pélvico, na maioria das vezes, é diminuída, uma vez que é uma musculatura desconhecida e não trabalhada pela maioria das mulheres. Segundo Preda e Moreira (2019), a sua avaliação pode ser realizada através da eletromiografia intravaginal e intra-anal, quando será medida a atividade muscular do assoalho pélvico em microvolts, determinando, assim, a força de contração. No entanto, é um procedimento de alto custo, sendo uma barreira na sua utilização. Porém, a palpação intravaginal também é considerada um método de

avaliação de força e tônus muscular do assoalho pélvico, quando o avaliador irá introduzir dois dedos no canal vaginal e solicitará que a paciente realize a contração dessa musculatura. Após a palpação intravaginal, a força é classificada através da Escala de Oxford Modificada, a qual pontua a força de zero a cinco, sendo zero a ausência total da resposta muscular e cinco a contração forte com compressão dos dedos. Vale ressaltar que, inicialmente, em casos de vaginismo, pode-se introduzir somente um dedo, pois há casos em que isso não será suportado pela paciente.

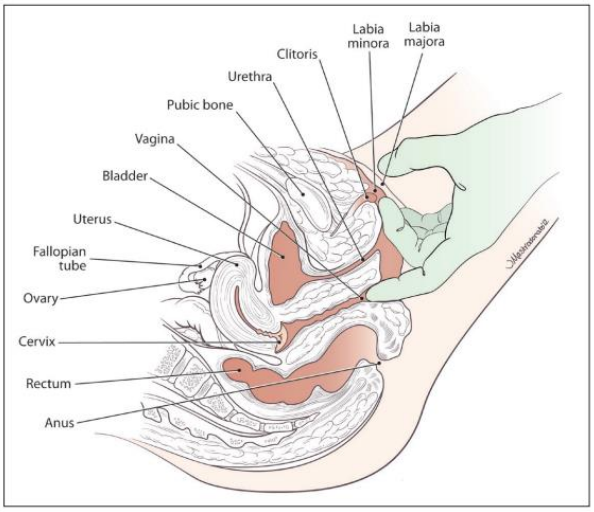

Figura 5: Palpação com um único dedo (deve estar bem lubrificado e é inserido no canal vaginal. Com um quadro de vaginismo significativo, isso pode não ser tolerado pela paciente).
Fonte: Seehusen*et al*. (2014).

0	Ausência de resposta muscular.
1	Esboço de contração não sustentada.
2	Presença de contração de pequena intensidade com que se sustenta.
3	Contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal.
4	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.
5	Contração forte com compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

Figura 6: Escala de Oxford Modificada.
Fonte: Preda, Moreira (2019).

2.1.5 Intervenções fisioterapêuticas

Segundo Amaral (2017), a fisioterapia uroginecológica atua no tratamento de

disfunções sexuais. Apesar de ser uma área nova, ela vem trazendo grandes resultados no tratamento, principalmente, no vaginismo e na dispareunia. Ela tem o objetivo de reduzir os espasmos musculares causados pelas contrações, melhorar e aliviar as dores e, principalmente, melhorar o desempenho sexual da mulher durante a relação. O fisioterapeuta atua diretamente com a musculatura do assoalho pélvico, mostrando para mulher que ela deve aprender a trabalhar essa região de forma voluntária, estimulando o fortalecimento e relaxamento desses músculos, contribuindo, assim, para o bem-estar físico e social da mulher acometida por disfunções sexuais.

Para realizar o tratamento fisioterapêutico, inicialmente, deve ser realizada uma avaliação detalhada para identificar as causas e queixas da paciente, a fim de chegar a um diagnóstico concreto. Segundo Amaral (2017), a anamnese deve-se basear em três pontos: a análise da função sexual, da postura física e do assoalho pélvico. No primeiro tópico, trata-se de uma avaliação baseada em uma entrevista minuciosa sobre o início das queixas, a frequência e os dados sobre a atividade sexual da paciente. Na avaliação postural, deve-se observar se há alterações na postura, como desvios e alterações nas curvas fisiológicas que podem interferir diretamente na biomecânica pélvica, afetando no desempenho muscular do assoalho pélvico, com o objetivo de identificar se alguma dessas alterações afeta ou contribui para a disfunção sexual. Por fim, na avaliação do assoalho pélvico, deverá ser realizada a palpação vaginal para avaliar força muscular e se há áreas hipo/hipertróficas, doloridas ou insensíveis.

A fisioterapia pélvica irá trabalhar a musculatura do assoalho pélvico a fim de conscientizar a paciente sobre a contração voluntária dessa musculatura, além de promover o fortalecimento e ganho proprioceptivo, permitindo um maior domínio para os movimentos de contrair e relaxar para a paciente. De acordo com Tomen *et al*. (2015), o fisioterapeuta deve traçar estratégias de intervenções com o objetivo de solucionar ou eliminar os fatores que estão favorecendo no desenvolvimento da incapacidade funcional da paciente, melhorando, assim, a qualidade de vida. Com isso, essas estratégias devem se basear na avaliação da paciente e, na maioria dos casos, o tratamento será composto por uma terapia cognitivocomportamental, técnicas de terapia manual, treino de fortalecimento do assoalho pélvico, podendo ser associado a outros recursos.

Segundo Amaral (2017), a intervenção fisioterapêutica no vaginismo consistirá

em realizar o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, bem como das musculaturas acessórias que auxiliam na contração vaginal, sendo elas, os adutores da coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares. Além disso, no tratamento para o vaginismo, também podem ser utilizados os dilatadores vaginais lubrificados introduzidos no canal vaginal e inflados com sondas. Primeiramente, o tratamento poderá ser iniciado utilizando os dedos, posteriormente, dilatadores de tamanho pequeno e sua progressão pode ser feita gradualmente, sempre utilizando como parâmetro a tolerância da paciente. Ainda no vaginismo, podem ser realizadas técnicas terapêuticas manuais, como massagem através da digito pressão ou deslizamento, com o objetivo de promover liberações miofasciais nos músculos do assoalho pélvico, facilitando a penetração.

Sabe-se que a ocorrência da dispareunia vem sendo estudada em diferentes públicos. De acordo com Pereira *et al*. (2020), essa patologia é a segunda maior queixa quando relacionada à disfunção sexual, seguida por mudanças da lubrificação, do orgasmo, desejo e da satisfação. A dispareunia é caracterizada pela dor ou pelo desconforto na relação sexual, podendo ser recorrente ou persistente, profunda ou superficial, e seu tratamento de forma multidisciplinar vem apresentando grandes resultados, quando a paciente é acompanhada pelo psicólogo, realiza fisioterapia pélvica e, em alguns casos, faz o uso de medicamentos. Vale ressaltar que a disfunção sexual possui uma grande influência na qualidade de vida das mulheres, por isso é caracterizada como uma patologia que possui impacto biopsicossocial.

Na fisioterapia pélvica, são utilizadas estratégias de tratamento, como os exercícios de Kegel, os quaistrazem diversos benefícios para a saúde sexual, como o fortalecimento do assoalho pélvico, melhora do orgasmo e da lubrificação, além de auxiliar também no tratamento de prolapsos de órgãos pélvicos. De acordo com Pereira *et al*. (2020), os exercícios de Kegel irão agir com o recrutamento muscular local e, consequentemente, irá atuar na vascularização pélvica e na sensibilidade do clitóris, aumentando, assim, a conscientização e a propriocepção da musculatura do assoalho pélvico facilitarão a relação sexual, o desempenho sexual e trarão satisfação.

Através do estudo de Pereira *et al*. (2020), nota-se que os exercícios de Kegel trazem resultados satisfatórios no tratamento das disfunções sexuais, principalmente, na dispareunia, pois causam melhora do quadro álgico, da

capacidade orgástica e da hipotonicidade dos músculos do assoalho pélvico, interferindo diretamente na restauração da qualidade de vida da paciente. Além disso, pode-se afirmar que os exercícios de Kegel atuam no fortalecimentoe também contribuem para a conscientização, propriocepção da musculatura pélvica, promovendo, assim, uma maior percepção dessa região e, consequentemente, irá interferir positivamente na autoimagem da paciente, facilitará a atividade sexual e a satisfação com seu desempenho.

De acordo com Pereira *et al*. (2020), os exercícios de Kegel devem ser realizados de maneira lenta com duração de cinco segundos seguidos de seis contrações rápidas e, como comando, deve-se orientar a paciente a inspirar pelo nariz e, ao expirar pela boca, ela realize a contração como se estivesse “segurando o xixi”. Além disso, também podem ser realizados exercícios de alongamento para as contraturas encontradas nas musculaturas proximais e acessórias do assoalho pélvico, como os músculos adutores de quadril, obturadores internos e externos, piriforme, glúteos, abdominais e paravertebrais.

A fisioterapia atua na prevenção e no tratamento de limitações e incapacidades motoras, além de restaurar a mobilidade, função e reduzir quadros álgicos. Quando relacionada à região pélvica, a fisioterapia não é muito diferente, pois também atuará na prevenção e no tratamento, mas, nos sistemas uroginecológicos em patologias, como incontinência urinária, incontinência fecal e disfunções sexuais. Segundo Batista (2017), em alguns casos, as disfunções sexuais não são diagnosticadas devido à paciente não apresentar as suas queixas ao médico ou, até mesmo, por constrangimento por parte do profissional para adentrar e investigar sobre o assunto, mesmo após as disfunções sexuais já serem discutidas atualmente.

De acordo com Batista (2017), o climatério, período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, ocasiona em diversas alterações hormonais nas mulheres, principalmente, quando relacionada ao ciclo sexual, se agravando no período pós-menopausa. Essas oscilações afetam em quesitos psicológicos e sociais, além de haver a diminuição dos níveis de testosterona, o que ocasiona na redução da libido e das atividades sexuais. Quando relacionada à vida sexual das mulheres, a maioria delas é acometida por limitações e disfunções em estruturas musculares, ósseas, vasculares, nervosas e de órgãos pélvicos, como exemplo, pode-se citar o caso de mulheres com queixas álgicas musculoesqueléticas, as

quais relatam ter menos atividade sexual.

No vaginismo, a fisioterapia pélvica irá atuar na normalização do tônus muscular do assoalho pélvico com o objetivo de facilitar ou permitir a penetração vaginal, pois essa patologia é caracterizada pela contração involuntária ou por espasmos musculares e queixas álgicas na região do assoalho pélvico. De acordo com Araujo *et al*. (2020), o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico pode ser feito através da eletroestimulação, em que é inserido um eletrodo vaginal que estimula a contração passiva do levantador do ânus e promove uma pressão intrauretral, aumentando, assim, o fluxo sanguíneo para a musculatura do assoalho pélvico e, consequentemente, desenvolvendo a função das fibras musculares.

De acordo com Batista (2017), um dos recursos fisioterapêuticos para o tratamento do vaginismo é o uso da estimulação elétrica transcutânea (TENS), a qual irá promover o relaxamento da musculatura acometida. Já na dispareunia, o autor ainda traz que a massagem perineal transvaginal também é um recurso eficaz, principalmente, nos casos de hipertonia da musculatura do assoalho pélvico, ocasionando no alívio do quadro álgico em longo prazo, pois, ao realizar a mobilização dos tecidos acometidos, há a vasodilatação e o aumento do calor, o que irá auxiliar na quebra das aderências e do colágeno, podendo estes serem o motivo da queixa de dor e da disfunção sexual.

Além disso, Batista (2017) ainda traz que o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é eficaz no tratamento das disfunções sexuais, pois auxilia na recuperação do tônus muscular e, consequentemente, promove maior qualidade de vida à mulher acometida por essas patologias, uma vez que os músculos do assoalho pélvico atuam na sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos, no controle urinário e fecal e possui participação significante na atividade sexual. O treinamento do assoalho pélvico ativa a musculatura e ocasiona no aumento da vascularização, do estímulo sensório motor, auxiliando, assim, no tratamento do vaginismo e da dispareunia. Vale ressaltar que, na resposta orgásmica, também é desencadeada um reflexo motor que gera a contração dos músculos do assoalho pélvico, então, quando realizado de maneira correta, o treinamento dessa musculatura também traz benefícios na sensação orgásmica.

Com isso, as pacientes acometidas pela dispareunia e pelo vaginismo são beneficiadas com o tratamento fisioterapêutico, uma vez que este irá promover a restauração da função sexual, melhorar a mobilidade, aliviar a dor e, na maioria dos

casos, as pacientes apresentam limitação na capacidade musculoesquelética e/ou neurológica, logo, a fisioterapia também irá prevenir e tratar lesões que as tornam incapacitadas (BATISTA, 2017).

Outro recurso fisioterapêutico utilizado no tratamento da dispareunia e no vaginismo é o Biofeedback, o qual é caracterizado como um aparelho digital que avalia e trata as disfunções neuromusculares do assoalho pélvico, além de monitorar o tônus muscular dessa região em repouso, sustentação e padrões de atividades que geram a contração e percepção muscular. Segundo Wu *et al*. (2021), o biofeedback possui eficácia na dispareunia e no vaginismo, uma vez que podeser utilizado para orientar a paciente em relação à contração voluntária da musculatura pélvica, favorecendo na prática do relaxamento.

Com isso, a fisioterapia pélvica utiliza o biofeedback com o objetivo de auxiliar em uma realização bem sucedida dos exercícios, pois, na maioria dos casos, a paciente não tem conhecimento da localização dos músculos perineais, além de promover uma maior percepção e melhor controle de maneira voluntária da musculatura do assoalho pélvico a fim de promover uma conscientização sobre o seu corpo e suas funções. No entanto, o biofeedback é um grande aliado do treinamento da musculatura pélvica, pois pode ser avaliada a ativação mioelétrica durante a contração e ainda orienta a paciente sobre o quanto de força está sendo aplicada por ela, auxiliando, assim, no aprendizado neuromuscular e readaptação da musculatura (WU *et al*. 2021).

Além disso, Wu *et al*. (2021) trazem que o biofeedback associado ao treinamento da musculatura pélvica possui uma eficácia maior do que o treino isolado, uma vez que o uso associado permite um ensino melhor das técnicas de contração adequadas, permitindo a paciente observar a atividade em tempo real da sua musculatura, servindo, também, como um estímulo à realização do exercício.

Lisboa *et al*. (2015) relatam que a fisioterapia, através da cinesioterapia na musculatura do assoalho pélvico, promove a restauração da qualidade de vida de mulheres na fase do climatério, uma vez que esse período afeta na função sexual e traz muitos sinais e sintomas que possuem grande impacto negativo na vida da paciente, incluindo em queixas de disfunções sexuais. Além disso, Lisboa *et al*. (2015) ressaltam que, com o uso da cinesioterapia pélvica, foi observada uma melhora significativa na qualidade de vida de mulheres acometidas por disfunções sexuais no período de climatério, demonstrando o quão relevante e benéfica a

fisioterapia pélvica é.

Sabe-se que a gestação e o parto são fatores que contribuem para o surgimento da dispareunia, pois esses irão provocar a fraqueza da musculatura e a diminuição do tônus do assoalho pélvico devido a todos os processos fisiológicos que ocorrem nessa região durante esse período, alterações hormonais e biomecânicas, mudanças anatômicas e o crescimento uterino. Com isso, Lima *et al*. (2021) trazem que o treinamento da musculatura pélvica objetiva fortalecer a musculatura estriada, sendo um recurso fisioterapêutico que irá promover o alívio das alterações musculoesqueléticas ocasionadas pela gestação e no puerpério, bem como irão prevenir ou tratar a incontinência urinária, a qual é um fator muito comum nesse período. Além disso, é um recurso de baixo custo e possui uma intervenção simples, fácil de ser aplicado e pode ser feito diariamente em casa após a orientação profissional sobre a realização do treinamento. No entanto, para ser eficaz, a paciente precisa ter a habilidade necessária para a contração correta dos músculos do assoalho pélvico, pois, na maioria dos casos, essa contração é realizada de maneira insatisfatória, por isso faz-se necessário um acompanhamento especializado.

A cinesioterapia é uma intervenção fisioterapêutica que permite uma maior percepção à paciente sobre o seu corpo, aumentando o domínio sobre a sua musculatura, incluindo a pélvica, facilitando, assim, no controle muscular. Para a realização dessa técnica, podem-se utilizar recursos auxiliares para aumentar a intensidade do exercício, mas também pode ser realizada sem algum recurso. De acordo com Araujo *et al*. (2020), a cinesioterapia pélvica possui sua relevância no fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, pois permite que esta seja trabalhada de maneira ativa, fazendo com que a paciente possua maior domínio para contrair e relaxar essa região, pois essa técnica baseia-se em contrações voluntárias repetidas e, consequentemente, aumentando a força e resistência muscular, favorecendo na melhora das atividades dos músculos do assoalho pélvico e fornecendo maior sustentação da região pélvica e perineal.

Os cones vaginais também são recursos aplicáveis no fortalecimento da musculatura pélvica, os quais servirão como uma resistência com possibilidade de aumento progressivo, além de serem utilizados associados à cinesioterapia pélvica e possuem pesos e tamanhos diferentes. Para a escolha do cone inicial, deve-se solicitar que a paciente sustente o cone mais leve por um minuto em posição

ortostática e o tratamento iniciará com o cone que a mesma conseguiu sustentar sem dificuldade e, após o treinamento, o aumento do peso deve ser realizado de forma gradativa. Segundo Holzschuh e Sudbrack (2019), o uso dos cones vaginais permite uma maior percepção da região pélvica e promove um feedback sensorial à paciente e, durante o treinamento, há uma contração involuntária da musculatura, bem como o relaxamento, evitando a fadiga muscular e a saída do cone da vagina. Dessa forma, os cones vaginais possuem um papel importante na estimulação e no recrutamento das fibras de contração lenta (tipo I) e de contração rápida (tipo II), aumentando a propriocepção dos músculos do assoalho pélvico e gerando o aumento da força e tônus muscular.

De acordo com Tomen *et al*. (2015), a cinesioterapia pélvica, além de restaurar a força muscular do assoalho pélvico, também possui um papel importante na conscientização corporal e reflete diretamente na qualidade de vida das pacientes, promovendo uma melhora no estado psicológico e do bem-estar. Além disso, no tratamento das disfunções sexuais, como vaginismo, devem ser realizados exercícios que promovam o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, bem como sua musculatura acessória, composta pelos adutores de coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares, através de alongamentos e exercícios respiratórios, pois, dessa forma, a paciente passará a ter uma maior percepção e um melhor domínio sobre a sua musculatura.

A contração voluntária do assoalho pélvico é um exercício complexo quando não há a percepção corporal, pois são músculos profundos e não visíveis, dificultando,assim,na realização do exercício, mas pode ser facilitada através de representações educacionais da anatomia feminina. Por isso, faz-se necessário o acompanhamento com um profissional especializado, a fim de garantir uma execução correta e eficaz. Segundo Tomen *et al*. (2015), pode-se melhorar a conscientização da musculatura pélvica através de um exercício em quese solicita que a paciente coloque os dedos sob o centro tendínio do períneo e realize a contração seguida do relaxamento do mesmo, podendo, ainda, ser auxiliado por recursos, como espelhos, bola terapêutica, almofada pélvica e associando à respiração com orientação do fisioterapeuta.

A conscientização e o aprendizado corporal possuem uma relevância significativa no controle da musculatura pélvica e são essenciais no prazer sexual, pois, através deles, a paciente passa a descobrir os movimentos, a intensidade e a

velocidade que mais proporcionam prazer para si e seu parceiro. De acordo com Tomen *et al*. (2015), os exercícios de fortalecimento devem ser realizados com diversas variações, porém, devem ser baseados na avaliação fisioterapêutica, como exercícios que evitem a contração isolada dos músculos do assoalho pélvico e que apresentem sinergismos musculares. Além disso, a posição exata para a realização dos exercícios, a paciente deve buscar a ação muscular isolada do períneo, porém, mantendo em posição de alongamento, permitindo, assim, uma melhor percepção dessa região.

A cinesioterapia do assoalho pélvico é um recurso terapêutico que não possui contraindicações que impeçam a sua realização e é caracterizada por contrações voluntárias e recorrentes que geram o ganho de força e aumento do tônus muscular. De acordo com Tomen *et al*. (2015), o ganho de força é resultado da combinação do recrutamento numeroso de unidades motoras, frequências pequenas e contrações recorrentes mais fortes, mesmo com raras repetições diárias, aumento gradativo da intensidade do exercício e do tempo de contração muscular. Sobre a frequência do tratamento, o mesmo deve acontecer de duas a três vezes semana e, no mínimo, por três meses, pois é o tempo necessário para que se adquira um grau eficaz de hipertrofia e, consequentemente, há o ganho de força muscular. No entanto, para obter ou conservar resultados avançados, a paciente deve manter a rotina de treinos associados à conscientização da musculatura do assoalho pélvico.

A terapia manual é um recurso bastante utilizado no tratamento do vaginismo através de massagem (dígito pressão e deslizamento) com objetivo de tratamento ou prevenção, no qual é aplicado o toque ou a manobra manual, principalmente, nos tecidos musculares, quando manobras miofasciais promovem o relaxamento da musculatura e facilitam a penetração. No entanto, de acordo com Tomen *et al*. (2015), é uma técnica utilizada, geralmente, no alívio de tensões musculares, como pontos de gatilho e restrição de mobilidade. Porém, no vaginismo, essa técnica não deve ser a primeira opção de tratamento, uma vez que a paciente apresenta uma sensibilidade exacerbada ao toque, com isso, o recomendado é aplicá-la após outro recurso, como a eletroestimulação, que irá promover o alívio da dor.

De acordo com Tomen *et al*. (2015), os pontos de gatilho podem causar queixas álgicas na paciente, logo, o fisioterapeuta deve realizar uma avaliação para identificar se há a presença desses que, na maioria dos casos, estão localizados nos músculos isquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus. Após identificar o

local dos pontos de gatilhos, o fisioterapeuta poderá realizar a técnica de compressão isquêmica, a qual consiste em realizar uma pressão contra o ponto de tensão por cerca de 60 a 90 segundos ou até sentir que o mesmo desmanchou e foi liberado.

Outro recurso que pode ser utilizado na fisioterapia pélvica para o tratamento do vaginismo são os dilatadores vaginais, os quais são feitos de material emborrachado ou silicone, são lubrificados e funcionam como uma sonda que pode ser introduzida no canal vaginal e insuflada. Segundo Tomen *et al*. (2015), essa técnica permite uma melhora do quadro de vaginismo, atenuando a sensibilidadeà penetração e, consequentemente, beneficiando a percepção da musculatura do assoalho pélvico, permitindo, também, o controle e relaxamento da mesma. Inicialmente, devem ser utilizados dilatadores de tamanho pequeno e seu aumento deve ser gradativo, pois a dessensibilização é feita de maneira gradual a fim de evitar qualquer situação que cause ansiedade. Além disso, essa técnica pode ser realizada associada ao treino de fortalecimento do assoalho pélvico e também pode ser feita com auxílio dos dedos, na ausência dos dilatadores.

2.1.6 Prognóstico fisioterapêutico

Sabe-se que as disfunções sexuais são pouco conhecidas e de difícil diagnóstico, uma vez que esse assunto ainda é considerado um tabu. Por muito tempo, a sexualidade era um assunto pouco comentado e o ato sexual visto como uma ação, na maioria das vezes, proibida e que visava, somente, a reprodução humana. No entanto, a sexualidade engloba muito mais aspectos, além da geração de uma nova vida, como os aspectos físico, emocional, espiritual e social.

Diante disso, o desconhecimento sobre esse assunto e sobre o próprio corpo possui grande influência no desenvolvimento das disfunções sexuais, pois, na maioria dos casos, não há a percepção sobre o próprio corpo, sobre a percepção de resposta sexual dificultando na identificação do orgasmo. A disfunção sexual é conceituada como a incapacidade de ter relação sexual com satisfação e prazer ou qualquer variação no ciclo de resposta sexual, impactando diretamente na qualidade de vida da paciente e do seu parceiro.

Com isso, a fisioterapia pélvica possui um papel fundamental no tratamento das disfunções sexuais femininas, principalmente, no vaginismo e na dispareunia, pois ela irá atuar na redução do quadro álgico, dos espasmos musculares, além de promover o fortalecimento e o aumento do tônus muscular da região do assoalho pélvico através de recursos fisioterapêuticos, como a cinesioterapia e os cones vaginais. Além disso, a fisioterapia irá proporcionar à paciente uma maior conscientização e percepção da musculatura do assoalho pélvico, permitindo a realização da contração muscular de maneira voluntária, bem como o seu relaxamento, contribuindo, assim, para o bem estar físico e social da mulher acometida por disfunções sexuais.

Nota-se que o prognóstico fisioterapêutico em longo prazo para os casos de dispareunia e vaginismo é promissor no que diz respeito aos pacientes que se recuperaram completamente e que a musculatura pode voltar a exercer o seu papel correto, quando os quadros clínicos podem ser revertidos totalmente com o tratamento feito da maneira correta e com acompanhamento especializado. No entanto, segundo Araujo *et al*. (2020), há casos em que o tratamento não é bem sucedido, pois a paciente não consegue distinguir de forma correta a musculatura do assoalho pélvico e realiza os exercícios de fortalecimento de outros músculos que não pertencem a esse grupo, como os adutores da coxa e glúteo máximo.

O prognóstico irá depender do fator que originou nas queixas da paciente, principalmente, a dor, pois se torna mais fácil em casos em que a causa seja conhecida e curável. Segundo Tayyeb e Gupta (2021), a paciente deve receber orientações sobre o tratamento e prognóstico da doença, uma vez que o processo de tratamento pode ter duração de meses e, em alguns casos, a sua solução completa não é totalmente garantida, mas, geralmente, é uma doença tratável e não leva ao desenvolvimento de complicações graves. No entanto, os resultados têm início após os três meses de tratamento, aliviando, assim, as queixas da paciente e restaurando a sua qualidade de vida.

Vale ressaltar que, mesmo não trazendo complicações graves à saúde, quanto antes a paciente procurar uma ajuda especializada, melhor será para o tratamento, pois,em longo prazo, ela pode desenvolver perda de interesse sexual e problemas em seu relacionamento. Tayyeb e Gupta (2021) trazem que a dispareunia também pode ocasionar no desenvolvimento de conflitos, angústias pessoais e pode levar a quadros de depressão, principalmente, em mulheres mais jovens, resultando,

também, na infertilidade feminina devido à dor durante a relação sexual.

Com isso, as pacientes devem ser orientadas sobre a sua saúde sexual, pois se sabe que esse assunto ainda é evitado devido aos tabus da sociedade, porém, os médicos necessitam também de uma preparação suficiente para avaliar, identificar e tratar a dispareunia de maneira eficaz. Além disso, faz-se necessário que os médicos da atenção básica promovam ações educativas, bem como devem identificar os sinais e sintomas da dispareunia e encaminhar a paciente aos profissionais especializados, pois as queixas encontradas nessa patologia devem ser analisadas e tratadas por uma equipe multidisciplinar composta por ginecologista, psicólogo, psiquiatra e fisioterapeuta pélvico, pois uma abordagem de tratamento multidisciplinar tem se mostrado eficaz na dispareunia e, consequentemente, pelo esforço da equipe, os resultados dos cuidados de saúde são melhorados significativamente (TAYYEB; GUPTA, 2021).

3 METODOLOGIA

Sobre a metodologia aplicada nesse estudo, trata-se de uma revisão integrativa da literatura e de natureza qualitativa, realizada no Centro Universitário AGES, em Paripiranga-Bahia, sobre as intervenções fisioterapêuticas no tratamento das disfunções sexuais femininas, exclusivamente, no vaginismo e na dispareunia, em bases de dados disponíveis na internet (PubMed, BVS e LILACS), publicações em periódicos e em anais de congressos científicos. Os dados levantados estão descritos e apresentados em forma discursiva, trazendo os diversos resultados dos tratamentos realizados, de pesquisas publicadas, a fim de ressaltar a importância da fisioterapia pélvica no tratamento dessas disfunções sexuais femininas.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2019), a revisão integrativa é um método de pesquisa que permite realizar uma sinopse de resultados obtidos através de um método sistemático, ordenado e abrangente. As etapas do desenvolvimento de um estudo do tipo revisão integrativa consiste em: elaborar a pergunta que irá embasar o estudo, buscar e selecionar os estudos iniciais, extrair os dados e avaliar os estudos, sintetizar os resultados e apresentar o método utilizado.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram utilizados os seguintes descritores para a realização da pesquisa: “disfunções sexuais”, “atuação da fisioterapia”, “vaginismo” e “dispareunia”, em inglês e português, utilizando estudos que trazem temas compatíveis e textos na íntegra que se enquadram nesse trabalho. Sobre o tempo para a realização dessa monografia, ela foi confeccionada entre os meses de agosto e novembro do ano de 2021, quando foi realizada, durante esse período, uma pesquisa sistemática, ordenada e abrangente sobre o tema. Já em relação aos limitadores temporais, o período de publicação utilizado foi entre os anos de 2016 e 2021, sendo consultados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Ao todo, na primeira seleção foram encontrados 113 estudos e, mediante a exclusão de duplicidades nas bases de dados, apreciação dos títulos e triagem de leituras dos seus resumos e suas conclusões, além de utilizar como filtro o termo

“modalidades da fisioterapia” e exclusão dos artigos que traziam sobre vulvodínea e vestibulodínea, ocasionou na exclusão de 102 publicações que não eram compatíveis com o tema pesquisado. Logo, o trabalho finalizou com a seleção de 11 estudos que atendem aos objetivos e foram destinados, exclusivamente, para a o tópico de resultados e discussões (Quadro 1).

Esquematização do processo de aquisição do corpus	
Identificação	113 estudos - Base de dados: LILACS, MEDLINE/PubMed e BVS.
Triagem	102 publicações eliminadas por duplicidade, apreciação dos títulos e triagem de leituras dos seus resumos e das suas conclusões.
Elegibilidade	Foram eliminados os artigos que não eram compatíveis com o tema pesquisado após leituras dos resumos e das conclusões.
Inclusão	11 estudos analisados através da leitura íntegra, visto que estes atendiam aos objetivos do estudo e foram destinados, exclusivamente, para os tópicos de resultados e discussões.

Quadro 1: Esquematização do processo de aquisição do corpus.
Fonte: Dados da pesquisadora (elaborada em 2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta etapa, são demonstrados os dados dos estudos que foram selecionados somente para esta fase. O Quadro 2contém informações analíticas, como títulos, autores, anos de publicações, métodos e conclusões dos mesmos. Com isso, neste tópico, estão sintetizadas as principais informações sobre os estudos selecionados.

Títulos dos estudos	Autores/ Anos	Métodos	Conclusões
Fisioterapia nas complicações ginecológicas decorrentes do tratamento do câncer de colo de útero	Pereira *et al*., 2020	Ensaio clínico, com 16 mulheres que realizaram tratamento do CCU, alocadas em dois grupos: 10 para o Grupo ambulatorial (GAM) e 6 para o Grupo domiciliar (GDE). A intervenção consistiu em massagem perineal e treinamento dos músculos do assoalho pélvico por seis semanas, porém, o GAM realizou o acompanhamento em ambulatório e o GDE em domicílio.	Tanto as queixas ginecológicas, quanto a função muscular, tiveram melhora estatisticamente significante no GAM e alguns domínios do questionário de função sexual e do questionário de QV apresentaram resultados similares de melhora em ambos os grupos.
Recursos fisioterapêuticos no vaginismo	Levandoski; Furlanetto, 2020	Revisão sistemática de literatura realizada através de busca bibliográfica	A fisioterapia mostrou-se benéfica para os casos de vaginismo, com a utilização de

		digital em artigos científicos publicados em revistas impressas e eletrônicas, ensaios clínicos randomizados, no período compreendido entre os anos de 2010 e março de 2020, nas bases de dados eletrônicas PubMed, Bireme e Pedro.	estimulação elétrica funcional (FES) de forma analgésica, exercícios de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, dessensibilização local realizada com dilatador vaginal e massagem. No entanto, mais pesquisas são necessárias, tendo em vista os escores metodológicos moderados encontrados nos estudos analisados.
Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial.	Yaraghi *et al*., 2018	Neste ensaio clínico randomizado (RCT), a população do estudo incluiu mulheres com vaginismo primário encaminhadas para as Clínicas de Saúde Sexual e Ginecológica do Hospital Imam Khomeini durante 2013-2014. Elas foram diagnosticadas de acordo com os critérios do DSM-5 e submetidas a	Considerando a maior eficácia dos procedimentos fisioterapêuticos em comparação com as técnicas de dessensibilização e estimulação elétrica, esse método terapêutico deve ser considerado o tratamento de primeira linha do vaginismo

		tratamentos com injeção de botulina (grupo intervenção) e fisioterapia como tratamento atual (grupo controle).	
Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus	Anğın *et al*., 2020	Os pacientes com vaginismo foram divididos em três grupos. Grupo 1: pacientes que completaram com sucesso os exercícios de penetração vaginal após a terapia sexual e tiveram relações sexuais vaginais; Grupo 2: pacientes que iniciaram exercícios de penetração, mas não obtiveram sucesso; Grupo 3: pacientes que interromperam o tratamento antes de iniciar os exercícios. Parâmetros demográficos e sexuais foram comparados entre os grupos	As pacientes são mais resistentes ao tratamento se tiverem história de vaginismo entre parentes ou quando um dos membros do casal disser que a culpa é dele.
Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical Trial.	GHADERI *et al*., 2019	De 84 mulheres, avaliadas para elegibilidade, 64 mulheres com dispareunia foram randomizadas em dois grupos: o	De acordo com os resultados, a reabilitação do assoalho pélvico é uma parte importante de uma abordagem

		grupo experimental (n = 32) receberam eletroterapia, terapia manual e exercícios de MAP e o grupo de controle (n = 32) não fez tratamento, enquanto estava na lista de espera. Avaliações de força e resistência dos MAP, função sexual e dor foram feitas diretamente antes e após 3 meses de tratamento e no acompanhamento de 3 meses.	multidisciplinar de tratamento da dispareunia.
Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum	Battut; Nizard, 2016	Realizou-se uma revisão exaustiva da literatura sobre reabilitação perineal pós-parto entre 1987 e maio de 2015 e o estabelecimento de níveis de evidência (LE) de acordo com a metodologia das recomendações para a prática clínica.	Não há evidência de benefício a longo prazo da reabilitação e massagem perineal na dor no períneo e dispareunia no ano seguinte ao parto. Mais estudos são necessários para avaliar com precisão o impacto das estratégias terapêuticas propostas na França.
Physical therapy intervention for	Schvartzman *et al*., 2019	Um ensaio randomizado que	O protocolo de treinamento dos

women with dyspareunia: a randomized clinical trial		avaliou a função sexual, qualidade de vida, dor e função dos músculos do assoalho pélvico de mulheres climatéricas com idade entre 40-60 anos, com queixas de dispareunia há pelo menos 6 meses e ser sexualmente ativo. Eles foram avaliados antes e depois de sua randomização em uma das seguintes intervenções: o primeiro grupo (n = 21) recebeu cinco sessões de termoterapia para relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, liberação miofascial, e treinamento pélvico (Treinamento dos músculos do assoalho pélvico - grupo PFMT). O segundo grupo (n = 21) recebeu cinco sessões de uma hora, durante as quais o calor foi aplicado na parte	músculos do assoalho pélvico proposto foi eficaz para melhorar a dor, a qualidade de vida, função sexual e função muscular do assoalho pélvico em mulheres climatéricas com dispareunia.

		inferior das costas com liberação miofascial do diafragma abdominal, piriforme e iliopsoas músculos, sem envolvimento do treinamento pélvico (região lombar - grupo LB). Quarenta e duss mulheres climatéricas com dispareunia (média ± DP, grupo PFMT: 51,9 ± 5,3 anos, NV grupo: 50,6 ± 4,7 anos, Student's t teste, p = 0,397) foram estudados. Escores de dor (média ± SEM) no grupo PFMT diminuíram de 7,77 ± 0,38 para 2,25 ± 0,30; E no Grupo LB de 7,62 ± 0,29 a 5,58 ± 0,49 (Equação de Estimativa Generalizada - modelo GEE, p≤0,001 para grupos, tempo e comparações de pares de interação).	
Neuromuscular treatment approach	Patil *et al*., 2021	Estudo longitudinal	Os resultados apoiam o sucesso

for women with chronic pelvic pain syndrome improving pelvic pain and functionality		retrospectivo de 186 mulheres tratadas com CPPScom bloqueios de nervos periféricos guiados por ultrassom e injeções de ponto de gatilho para músculos do assoalho pélvico ao lado da fisioterapia do assoalho pélvico, uma vez por semana para6 semanas em ambiente ambulatorial. Escala Visual Analógica (VAS) e Funcional Os questionários da Escala de Dor Pélvica (FPPS) quantificaram a dor e a função no pélvis. Trabalho, relação sexual, sono, caminhada, corrida, levantamento de peso, bexiga e intestino eram as categorias de função. A significância estatística foi estabelecida porValor de p menor que 0,05 em teste t de duas amostras	do tratamento abrangente. Pacientes que apresentavam sintomas persistentes após um curso completo da fisioterapia do solo experimentou melhorias nos níveis de dor e função, uma vez que foi combinado com bloqueios de nervos guiados por ultrassom e ponto de gatilhoinjeções, tratando interativamente a disfunção neuromuscular subjacente.

		emparelhadas.	
Transperineal Ultrasound Visual Feedback Assisted Pelvic Floor Muscle Physiotherapy in Women With Deep Infiltrating Endometriosis and Dyspareunia: A Pilot Study.	Del Forno *et al*., 2020	Um estudo prospectivo com o objetivo de avaliar os efeitos do assoalho pélvico. A fisioterapia foi conduzida entre mulheres com endometriose profunda (DIE) e dispareunia associada. Na avaliação inicial superficial e dispareunia profunda foram avaliadas usando uma escala de classificação numérica, e a área de hiato do elevador (LHA) foi avaliada com ultrassom transperineal 3-D / 4-D. As mulheres foram submetidas a cinco sessões individuais de ultrassom visual, fisioterapia do assoalho pélvico assistida por feedback.	A fisioterapia do assoalho pélvico parece melhorar tanto superficial quanto dispareunia profunda e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com DIE.
Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource.	Berghmans, 2018	Pesquisas manuais e auxiliadas por computador e avaliação da qualidade metodológica	Devido à sua abordagem holística, a fisioterapia pode contribuir significativamente para a avaliação

		foram realizadas para meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados (RCTs) publicados entre 1990 e 2017, investigando a classificação, avaliação e o tratamento (fisioterapêutico) da dor pélvica e/ou MS feminina definida pelos descritores. Opiniões de especialistas foram procurados por meio de entrevistas.	multidisciplinar e o tratamento de CPP e SD feminino.
Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial	Nygaard *et al*., 2020	Mulheres com idade entre 20-65 anos com dor pélvica ≥6 meses e encaminhadas para fisioterapia eram elegíveis. O desfecho primário foi a mudança na intensidademédia da dor pélvica desde o início até 12 meses, medida usando a escala de classificação numérica (0-10). Os resultados secundários foram mudanças	Embora a redução na intensidade média da dor pélvica com a fisioterapia multimodal baseada em grupo tenha sido significativamente maior do que com a fisioterapia de atenção primária, a diferença na mudança entre os grupos foi menor do que o esperado e a relevância clínica é incerta.

		nas pontuações de “pior” e “menor” intensidade de dor, qualidade de vida relacionada à saúde, padrões de movimento, medo de movimentos relacionados à dor, ansiedade e depressão, queixas subjetivas de saúde, função sexual, incontinência e defecação obstruída. As diferenças entre os grupos em relação à mudança nos escores foram analisadas usando o teste t independente e o teste U de Mann-Whitney. A análise de sensibilidade do desfecho primário foi realizada com um modelo de regressão linear ajustado para o valor basal. Um valor de P <0,05 foi considerado estatisticamente significativo.	

Quadro 2: Analítica para amostragem dos 11 estudos selecionados para os resultados e as discussões.

Fonte: Dados da pesquisadora (elaborada em 2021).

A partir da análise dos estudos, os tratamentos para o câncer de colo de útero podem ocasionar em impactos negativos na qualidade de vida das mulheres através do mal-estar físico, emocional e pela alteração da autoimagem corporal. Além disso, pode acarretar em alterações das funções sexuais e complicações ginecológicas, como a dispareunia e fraqueza da musculatura do assoalho pélvico, devido às radiações ionizantes da radioterapia. Segundo Pereira *et al*. (2020), a fisioterapia pélvica pode melhorar a função muscular e sexual das mulheres acometidas pelo tratamento do câncer de colo de útero, através de recursos como o treino da musculatura pélvica, dilatadores vaginais e terapias manuais, restaurando, assim, a qualidade de vida das mesmas.

O vaginismo, como já foi discutido, é caracterizado por espasmos involuntários na região da musculatura pélvica e, na maioria dos casos, também está associado ao medo e à dor, o que impossibilita de realizar qualquer penetração vaginal. De acordo com Levandoski e Furlanetto (2020), as causas do vaginismo ainda são pouco conhecidas, mas há evidências que fatores biopsicossociais podem ocasionar nessa patologia.Com isso, a fisioterapia pélvica tem como objetivo realizar a conscientização e o controle da musculatura do assoalho pélvico, restaurar a função sexual da paciente e promover o alívio da dor.

Sobre os recursos que podem ser utilizados no tratamento do vaginismo, Levandoski e Furlanetto (2020) citam: biofeedback para auxiliar a identificação das contrações, promovendo, também, um maior controle da musculatura, dilatadores vaginais para dessensibilização gradual da região e liberação miofascial em pontos de gatilho e de tensão muscular. Além disso, foi evidenciado que as combinações de técnicas fisioterapêuticas apresentam uma maior efetividade no tratamento quando comparada à utilização do recurso isoladamente.

Yaraghi *et al*. (2018) trouxeram em seu estudo uma comparação de resultados de tratamentos para vaginismos feitos com aplicação de toxina botulínica e técnicas da fisioterapia, como o uso do FES. O mesmo afirma que a taxa de sucesso nos dois métodos é considerada eficaz, porém, através do método padrão de fisioterapia, através do uso do FES e das técnicas de dessensiblização, houve uma eficácia maior quando compara as injeções de toxina botulínica em todos os domínios do funcionamento sexual. Além disso, a fisioterapia pélvica no vaginismo

tem sido considerada como tratamento de primeira linha trazendo resultados eficazes e satisfatórios.

Embora o tratamento do vaginismo seja eficaz, alguns pacientes interrompem esse processo por diversos motivos, como relação de insegurança com o profissional que a acompanha, experiências ruins de tratamentos anteriores e nenhum apoio do parceiro. Angin *et al*. (2020) trazem em seu estudo que o parceiro possui um papel importante no tratamento de mulheres acometidas pelo vaginismo e também podem auxiliar nos exercícios orientados pelo profissional.

Como exemplo disso, pode-se citar a terapia sexual semanal, a qual deve ser feita em casal, e o processo de dessensibilização, quando são realizados os exercícios de penetração vaginal, estes escolhidos pelo casal. Com isso, os autores citam que, com o acompanhamento contínuo, as taxas de eficácia do tratamento aumentam, porém, deve haver o desejo da paciente em realizar esse processo, uma vez que elas estão cientes da sua condição e sobre o tratamento, mas, ainda, pode haver algumas resistências (ANGIN *et al*., 2020).

A dispareunia, como já foi discutida, é caracterizada pela queixa de dor ou desconforto persistente ou recorrente durante a relação sexual vaginal ou a tentativa da mesma. Sua causa é multifatorial incluindo alterações fisiológicas, como lesões no assoalho pélvico e infecções, e fatores psicossociais, como depressão e ansiedade. Além disso, sabe-se que a musculatura do assoalho pélvico fica enfraquecida e hiperativa nos casos de dispareunia, sendo necessária a reabilitação do assoalho pélvico através de recursos da fisioterapia, como liberação miofascial, técnicas de massagem intravaginal, e recursos de eletroterapia, como a TENS e FES. Com isso, de acordo com Ghaderi *et al*. (2019), devido à sua etiologia multifatorial, o tratamento da dispareunia deve ser realizado com uma equipe multidisciplinar, composta, no mínimo, pelo médico urologista, fisioterapeuta pélvico, psicólogo ou psiquiatra, sendo a reabilitação do assoalho pélvico uma abordagem fundamental no tratamento.

Sabe-se que o parto é um fator que pode predispor ao desenvolvimento da dispareunia. Com isso, Battut e Nizard (2016) trazem que, na França, a reabilitação pós-parto é bastante comum e baseia-se em técnicas e práticas com ritmicidade, métodos manuais, recursos fisioterapêuticos, posturais ou sistêmicos. Os autores ainda citam que o períneo intacto possui menos risco de desenvolver a dispareunia e que o grau de laceração perineal não possui influência nos 3 a 6 meses pós-parto,

porém, a episiotomia é um fator de risco para o desenvolvimento dessa patologia. No entanto, os autores concluíram que ainda são necessários mais estudos para avaliar com precisão o impacto das técnicas terapêuticas de reabilitação do assoalho pélvico, bem como, a eficácia da massagem perineal para a prevenção da dor e da dispareunia no pós-parto.

De acordo com Schvartzman *et al*. (2019), a fisioterapia é uma área que possui grande contribuição na abordagem multidisciplinar para o tratamento da dispareunia, pois irá restaurar a função da musculatura do assoalho pélvico, promove o alívio do quadro álgico, além de aumentar a conscientização da propriocepção muscular, aumentando o controle da musculatura e ganho da elasticidade vaginal. Com isso, os autores concluíram que o número de mulheres com dispareunia é significativo e que isso possui um impacto negativo na qualidade de vida das mesmas. Além disso, afirmaram que a fisioterapia pélvica é uma intervenção eficaz nos casos de dispareunia, melhorando, efetivamente, a dor, a qualidade de vida, função sexual e função da musculatura do assoalho pélvico, principalmente, em mulheres climatérias.

Sabe-se que uma disfunção na musculatura do assoalho pélvico pode ocasionar em diversas alterações, como o desenvolvimento da dispareunia e da síndrome da dor pélvica crônica. Com isso, é de suma relevância apresentar ao paciente os benefícios de uma terapia abrangente e multimodal que inclua a terapia comportamental, fisioterapia pélvica e nutrição. Segundo Patil *et al*. (2021), a dor pélvica pode ser desenvolvida através de pontos de gatilho, os quais são caracterizados por sua rigidez e são palpáveis na musculatura, podendo ocasionar em uma tensão e deixar o assoalho pélvico hipertônico. Além disso, os autores trazem que os pacientes que realizaram a fisioterapia pélvica associada aos bloqueios de nervos guiados por ultrassom e injeções no ponto de gatilho experimentaram melhorias nos níveis de dor e na função.

A endometriose é um fator que predispõe ao desenvolvimento da dispareunia, seja ela profunda ou superficial, sendo esta última a mais comum nos casos de endometriose infiltrante profunda. Com isso, essa síndrome de dor pélvica crônica, na maioria dos casos, está associada ao aumento do tônus da musculatura pélvica. Conforme Del Forno *et al*. (2020), a ultrassonografia transperineal 3 e 4-D pode ser utilizada na avaliação dos músculos do assoalho pélvico e apresenta como vantagens a sua segurança, o seu baixo custo e é um método dinâmico que permite

uma avaliação da morfometria dos músculos em repouso e durante manobras dinâmicas, como a contração. Com isso, os autores concluíram que a fisioterapia pélvica é um tratamento eficaz e não invasivo para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico, incluindo a dispareunia e que pode ser realizada associada à ultrassonografia transperineal quadridimensional, pois esta é uma técnica que permite um feedback visual válido para ajudar as pacientes durante as sessões de fisioterapia.

Berghmans (2018) cita que a regulação positiva do sistema sensorial impacta diretamente nos interneurônios que se conectam aos motoneurônios alfa e gama, o que leva ao desenvolvimento da hiperatividade do assoalho pélvico, bem como espasmos e contraturas, podendo ocasionar no desenvolvimento de disfunções sexuais, como o vaginismo e a dispareunia, conforme a musculatura se contrai.

Para Berghmans (2018), o fisioterapeuta pélvico precisa ser qualificado, para, assim, poder contribuir no tratamento dos pacientes acometidos pelas disfunções sexuais, bem como, deve evitar quadros de dor no indivíduo e ser empático com o componente emocional ocasionado pela patologia. Além disso, o mesmo cita que a fisioterapia pélvica é segura e eficaz, melhorando drasticamente os sintomas ocasionados pelo vaginismo e dispareunia, através de recursos, como biofeedback, estimulação elétrica, dilatadores vaginais e através da técnica de treinamento do assoalho pélvico. Com isso, pode-se afirmar que a fisioterapia pélvica estimula a autocapacitação das pacientes e auxilia na recuperação da função sexual que foi perdida devido à dor e disfunção da musculatura do assoalho pélvico.

Por fim, Nygaard *et al*. (2020) afirmam que a fisioterapia pélvica tem se destacado no tratamento das dores pélvicas, principalmente, quando são trabalhadas a consciência corporal e as técnicas cognitivas, devolvendo à paciente a autonomia sobre sua musculatura do assoalho pélvico. Além disso, os autores trazem sobre a fisioterapia realizada em grupo, a qual possui um custo benefício maior e também é eficaz para a promoção da redução do quadro álgico quando comparada com o tratamento individualizado, além de proporcionar uma maior afinidade social entre os pacientes.

5 CONSIDERAÇÔES FINAIS

Ao iniciar a elaboração deste estudo, notou-se que as disfunções sexuais femininas ainda são pouco conhecidas por parte da população acometida, devido à influência dos tempos mais antigos, quando o sexo era um ato proibido que visava somente a reprodução humana, excluindo a possibilidade de ser um ato prazeroso. Por muito tempo, a relação sexual foi vista como algo pecaminoso e imoral e, por conta disso, pouco se discute sobre a sexualidade, refletindo ainda nos tempos atuais.

No entanto, atualmente, a maioria dos indivíduos possui um olhar diferente sobre a sexualidade, mas ainda existem casos em que há desconhecimento sobre o próprio corpo e falta de percepção da resposta sexual, a exemplo, pode-se citar o orgasmo. Além disso, influencia no diagnóstico das disfunções sexuais femininas, quando as mulheres acometidas por essas patologias não conseguem identificar e não procuram ajuda especializada, tendo, assim, uma menor qualidade de vida diária e sexual.

Diante disso, devido aos fatores citados, foram realizadas buscas ampliadas em plataformas de estudos para que houvesse comprovações científicas sobre as disfunções sexuais, exclusivamente, a dispareunia e o vaginismo, o impacto delas na vida das mulheres, o seu tratamento e a atuação do profissional de fisioterapia. Com isso, este estudo teve um resultado satisfatório, uma vez que os objetivos, tantoo geral, quanto os específicos, foram atendidos, além de possibilitar uma discussão sobre a atuação da fisioterapia pélvica, listando recursos que podem ser utilizados, com ênfase na dispareunia e no vaginismo, os quais são disfunções sexuais, em que a primeira é caracterizada pela dor durante a relação sexual, e a segunda, por espasmos involuntários na musculatura do assoalho pélvico, causando dor e impedindo a penetração.

Além disso, foi possível discutir sobre a anatomofisiologia da região afetada pelas disfunções sexuais já citadas, sobre como ocorre cada uma delas de forma minuciosa e sua etiologia, bem como discutir sobre os métodos diagnósticos e como deve ser realizada a avaliação fisioterapêutica em pacientes que apresentavam alterações no assoalho pélvico devido às disfunções sexuais e compreender a

atuação do profissional de fisioterapia nesses casos, podendo, assim, delimitar um prognóstico fisioterapêutico para as pacientes que desenvolveram dispareunia e/ou vaginismo.

No que diz respeito ao entendimento da anatomofisiologia, o assoalho pélvico pode ser caracterizado como um grupo muscular com função de sustentação, principalmente, dos órgãos abdominopélvicos, no entanto, sua musculatura é composta pelo músculo obturador interno, iliococcígeo, pirifome, isquiococcígeo e elevador do ânus, formado pelos músculos pubovaginal, puboperineal, puboanal, puborretal, pubococcígeo, em que, no vaginismo, os músculos mais comprometidos são os perineais e elevadores do ânus.

Sobre a discussão da realização de avaliação fisioterapêutica e métodos diagnósticos, notou-se que, na fisioterapia pélvica, a avaliação da força muscular do assoalho pélvico possui grande relevância para o diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais, uma vez que estas, na maioria das vezes, também podem ocorrer devido à diminuição de força muscular dessa região. Porém, há diversas formas de avaliar a força muscular do assoalho pélvico, dentre elas, pode-se citar: ultrassonografia, eletromiografia, manometria, perineometria, ressonância magnética, tomografia computadorizada, eletromiografia de superfície, palpação digital vaginal e cones vaginais, sendo os dois últimos mais utilizados.

Além disso, ainda na avaliação e nos métodos diagnósticos, foi possível notar que a anamnese é um ponto relevante e devem ser realizadas perguntas que ajudem a complementar o diagnóstico, como as características da queixa álgica, quando ocorrem, se há algo que melhora ou piora, além de características do relacionamento sobre o desejo sexual, se a mesma possui conhecimento sobre sexualidade, se houve diálogo com a família sobre educação sexual, histórico de abusos, estupros e experiências sexuais e ginecológicas traumáticas.

Desse modo, o fisioterapeuta poderá atuar intervindo nas disfunções sexuais femininas, principalmente, na dispareunia e no vaginismo, através de técnicas e recursos fisioterapêuticos que apresentam resultados eficazes nesses casos, promovendo uma maior percepção e um melhor domínio corporal à paciente, permitindo, assim, que o mesmo possa contrair e relaxar sua musculatura pélvica de forma voluntária, além de promover um ganho de força nessa musculatura, reduzindo os espasmos musculares causados pelas contrações involuntárias, melhorando as dores e, principalmente, melhorando o desempenho sexual da

mulher durante a relação. Além disso, o fisioterapeuta deve traçar estratégias de intervenções com o objetivo de solucionar ou eliminar os fatores que estão favorecendo no desenvolvimento da incapacidade funcional da paciente, melhorando, assim, a qualidade de vida. Como recurso, o fisioterapeuta pode utilizar: dilatadores e cones vaginais, biofeedback, treinamento da musculatura do assoalho pélvico ou cinesioterapia pélvica, como exercício de Kegel, eletroestimulação, técnicas de terapia manual, como liberação de pontos de gatilho.

Portanto, os trabalhos científicos apresentados ao longo deste estudo são resultados de pesquisas e leituras em publicações de artigos e livros, podendo evidenciar que possui uma quantidade considerável de estudos, mas, ainda assim, a dispareunia e o vaginismo são pouco conhecidos entre as mulheres. Além disso, os conhecimentos obtidos nas buscas foram satisfatórios para alcançar os objetivos delimitados para este trabalho e, assim, poder produzir material que possua relevância para as comunidades acadêmica e científica, bem como para a sociedade, pois trata-se de um estudo relacionado a patologias que acometem grandes números de mulheres e a maioria delas não procura ajuda profissional por não conhecer sobre as mesmas.

REFERÊNCIAS

ALIMI, Y.; IWANAGA, J.; OSKOUIAN, R. J.; LOUKAS, M.; SHANE TUBBS, R. The Clinical Anatomy of Dyspareunia: A Review. **ClinicalAnatomy**.2018.doi:10.1002/ca.23250.

ALIZADEH, Ameneh; FARNAM, Farnaz. Coping with dyspareunia, the importance of inter and intrapersonal context on women's sexual distress: a population-based study. **Reprod Health**; 18 (1):161,2021.

AMARAL, Priscila Pereira; SANTOS, Máira Daniéla. Intervenção da fisioterapia uroginecológica no tratamento coadjuvante do vaginismo. **Revista Visão Universitária**, v. 2, n. 1, 2017.

ANĞIN, Ali Doğukan *et al*. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. **JBRA assisted reproduction,** vol. 24,2 180-188, 2020.

ANTÔNIO, J.Z.; SILVA, A.; COSTA, P.P.B.; JUNG, D.; PEREIRA, C.F.; NUNES, E.F.C.; LATORRE, G.F.S. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 6, p. 544-550, 2016.

ARAUJO, Jenifer Emmanuelle Lopes; SANTOS, Stephanie Susan; POSTOL, Mônica Karina. Abordagem fisioterapêutica na reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso genital. **Fisioter. Bras**; 21(4): 388-395, Ago 08, 2020.

BARROSO , Áurea Isabel Rodrigues. **A mulher com hipotonia do assoalho pélvico:** necessidades em cuidados de enfermagem. 2020. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Instituto Politécnica de Viana do Castelo/Escola Superior de Saúde, [*S. l.*], 2020.

BATISTA, N.M.T.L.; OLIVEIRA, A.N.; NUNES, E.F.C.; LATORRE, G.F.S. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, 2017.

BATTUT, A.; NIZARD, J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. **Progrès En Urologie**, 26(4), 237–244, 2016.

BERGHMANS, Bary.Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. **Int Urogynecol J** ; 29(5): 631-638, 2018.

CARVALHO, J.C.G.R.D.; AGUALUSA, L.M.; MOREIRA, L.M.R.; COSTA, J.C.M.D. Abordagem terapêutica multimodal do vaginismo: uma abordagem inovadora através da infiltração do ponto-gatilho e radiofrequência pulsada do nervo

pudendo. **Revista brasileira de anestesiologia**, v. 67, p. 632-636, 2017.

DEL FORNO, S. *et al*. Transperineal Ultrasound Visual Feedback Assisted Pelvic Floor Muscle Physiotherapy in Women With Deep Infiltrating Endometriosis and Dyspareunia: A Pilot Study. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 2020.

DIAS, S.F.L.; LANDIM, V.C.N.P.; SILVA, J.B.S.; ARAÚJO, L.C.F.; MACHADO, L.R.G.; RIBEIRO, N.C.; COSTA, P.V.L. Implantação do serviço ambulatorial de fisioterapia pélvica no contexto do Sistema Único de Saúde. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 5, n. 2, 2020.

FALAVIGNA , Asdrubal; TONATTO, F.;ANTONINHO J. **Anatomia Humana**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2013. ISBN 978-85-7061-706-4.

GHADERI, F.; BASTANI, P.; HAJEBRAHIMI, S.; JAFARABADI, M.A.; BERGHMANS, B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. **International Urogynecology Journal**, 2019.

HOLZSCHUH, Juliana Tornquist; SUDBRACK, Ana Cristina. Eficácia dos cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico na incontinência urinária feminina pós- menopausa: estudo de casos. **Rev. Pesqui. Fisioter** ; 9(4): 498-504, Nov. 2019

JACKSON, L.A.; HARE, A.M.; CARRICK, K.S.; RAMIREZ, D.M.; HAMNER, J.J.; CORTON, M.M. Anatomy, histology, and nerve density of clitoris and associated structures: clinical applications to vulvar surgery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 221, n. 5, pág. 519. e1-519. e9, 2019.

LEVANDOSKI, Nathália Torres; FURLANETTO, Magda Patrícia. Physiotherapeutic resources in vaginismus / Recursos fisioterapêuticos no vaginismo. **Fisioter. Bras**;21(5):525-534, Nov 19, 2020.

LEVIN, Roy J. The Clitoris—An Appraisal of its Reproductive Function During the Fertile Years: Why Was It, and Still Is, Overlooked in Accounts of Female Sexual Arousal. **Clinical Anatomy**, v. 33, n. 1, pág. 136-145, 2020.

LIMA, Eunice Graziele de Souza; PISCO, Driele Damasceno; OLIVEIRA, Cláudia De; BATISTA, Patrícia Andrade; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; TANAKA, Clarisse. Intervenções fisioterapêuticas para os músculos do assoalho pélvico no preparo para o parto: revisão da literatura e proposta de manual de orientação. **Fisioter. Bras** ; 22(2): 216-232, Maio 25, 2021.

LISBOA, Lilian Lira; SONEHARA, Elisa; OLIVEIRA, Katia Cristina Araújo Nogueira de; ANDRADE, Sandra Cristina de; AZEVEDO, George Dantas. Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.** 55 (3), 2015.

MASEROLI, E.*et al.* Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Journal of Sexual Medicine**, 2018.

MCLEAN, L.; BROOKS, K. What Does Electromyography Tell Us About Dyspareunia? **Sex Med Rev**, 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

MOLTEDO-PERFETTI, Andrés; NARDI, Bernardo; ARIMATEA, Emidio. Coherencia sistémica e identitaria en mujeres con vaginismo primario. **Rev.chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 79, n. 1, p. 56-63, 2014.

NYGAARD, Ane Sigrid *et al*. Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial.**Acta Obstet Gynecol Scand**; 99(10): 1320-1329, 2020.

OLIVEIRA, S.G.; CAROCI-BECKER, A.; MENDES, E.D.P.B.; RIESCO, M.L.G.; OLIVEIRA, R.D.C.; OLIVEIRA, S.M.J.V.D. Disfunções do assoalho pélvico em primíparas até 6 meses após o parto: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

PATIL, Soha *et al*. Neuromuscular treatment approach for women with chronic pelvic pain syndrome improving pelvic pain and functionality. **Neurourol Urodyn,** 2021.

PEREIRA, F.S.; CONTO, C.L.; SCARABELOT, K.S.; VIRTUOSO, J.F. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com dispareunia: um ensaio clínico randomizado.**Fisioter. Bras**; 21(4): 380-387, Ago 08, 2020.

PEREIRA, Marina Rodrigues Lopes *et al*. Fisioterapia nas complicações ginecológicas decorrentes do tratamento do câncer de colo de útero / Physical therapy in gynecological complications arising from the treatment of cervix câncer. **Fisioter. Bras**;21(5):501-509, Nov 19, 2020.

PREDA, Andreia; MOREIRA, Susana. Incontinência urinária e disfunção sexual feminina: reabilitação do pavimento pélvico. **Acta Med Port**. Nov; 32(11):721–726, 2019.

RIBEIRO, J.N.; VALLE, P.A.S.S. Disfunção Sexual Feminina. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 27, n. 2, 2016.

RODRIGUES, C.N.C.; LEMOS, C.I.L.; SANTOS, A.S.B.; SILVA, L.G.C.L.; CORRÊA, H.V.V.; NUNES, E.F.C. Influência do desejo sexual na função sexual em mulheres com dispareunia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 34671-34682, 2021.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES:** graduação e pós-graduação. Paripiranga: AGES, 2019.

SCHVARTZMAN, R. *et al*. Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical Trial. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 2019.

SEEHUSEN; DEAN, A. *et al*. Dyspareunia in women.**American family physician**. vol. 90. 2014.

SOUZA, Welliton Werveson Pereira *et al*. Avaliação da função sexual e miccional de homens transexuais / Evaluation of sexual and urinary function of transexual men. **Fisioter. Bras**; 22(1): 61-71, Mar 19, 2021.

SPENGLER GONZÁLEZ, L.M.; DIOS BLANCO, E.; ROQUE ORTEGA, L.; MAURISSET MORAGUEZ, D. Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. **Revista Cubana de Medicina Militar**, v. 49, n. 3, 2020.

TAYYEB, Muhammad; GUPTA, Vikas. Dyspareunia. **StatPearls**, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/.

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

TRINDADE, Santrine; LUZES, Rafael. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985**, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017.

WU, X.; ZHENG, X.; YI, X.; LAI, P.; LAN, Y. Electromyographic Biofeedback for Stress Urinary Incontinence or Pelvic Floor Dysfunction in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Adv Ther** ; 38(8): 4163-4177, 2021

YARAGHI, M. *et al*. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. **International Urogynecology Journal**, 2018.

ZORZI, Rafael; STARLING, Iriam Gomes. **Corpo Humano**: órgãos, sistemas e funcionamento. 2ª . ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2017. ISBN 978-85-396-2037-1.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA
Anexar documento comprobatório de habilidade com a língua, exceto quando revisado pelo orientador.

Eu, **ADONIAS MENEZES DE FREITAS**, declaro inteira responsabilidade pela revisão da Língua Portuguesa do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulado: **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: vaginismo e dispareunia,** a ser entregue por **EMILLY GABRIELLY DANTAS DOS SANTOS**, acadêmico(a) do curso de **Bacharelado em Fisioterapia.**

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade no que se refere à revisão do texto escrito no trabalho.

Paripiranga, 17 de novembro de 2021.

Assinatura do revisor

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO TRADUTOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA: INGLÊS, ESPANHOL OU FRANCÊS.
Anexar documento comprobatório da habilidade do tradutor, oriundo de IES ou instituto de línguas.

Eu, **ADONIAS MENEZES DE FREITAS**, declaro inteira responsabilidade pela tradução do Resumo (Abstract) referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulada: **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: vaginismo e dispareunia,** a ser entregue por **EMILLY GABRIELLY DANTAS DOS SANTOS**, acadêmico(a) do curso de **Bacharelado em Fisioterapia.**

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade pelo zelo do trabalho no que se refere à tradução para a língua estrangeira.

Paripiranga, 17 de novembro de 2021.

Assinatura do revisor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIVERSIDADE TIRADENTES

DIPLOMA

O REITOR da Universidade Tiradentes, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do curso em 25 de julho de 2009, confere o título de Licenciatura Plena em Letras/Português/Inglês a

Adonias Menezes de Freitas

filho de Raimundo Paulino de Freitas e Alvanete Menezes de Freitas, nacionalidade brasileira, natural de Aracaju-SE, nascido a 07 de julho de 1980, RG 1.173.499-0 2º Via SSP-SE, a fim de que possa gozar dos direitos e das prerrogativas concedidas pelas Leis da República.

Aracaju, 08 de janeiro de 2010.

Profª Arleide Barreto Silva
Diretora do Departamento de Assuntos Acadêmicos

Prof. Jouberto Uchôa de Mendonça
REITOR

Diplomado