



Centro Universitário Vale do Salgado

CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO

BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

MARIA VITÓRIA FREIRE GOMES

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES SEXUAIS:

uma revisão integrativa de literatura

ICÓ – CEARÁ

2024

MARIA VITÓRIA FREIRE GOMES

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES SEXUAIS:

uma revisão integrativa de literatura

Trabalho de conclusão de curso do curso bacharelado em fisioterapia do centro universitário vale do salgado, como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em fisioterapia.

**Orientadora: Prof.^a Ma. Rauany Barrêto
Feitoza**

ICÓ – CEARÁ

2024

MARIA VITÓRIA FREIRE GOMES

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES SEXUAIS:

uma revisão de literatura

Trabalho de conclusão de curso do curso bacharelado em fisioterapia do centro universitário vale do salgado, como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em fisioterapia.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Ma. Rauany Barrêto Feitoza

Centro Universitário Vale do Salgado

Orientadora

Prof.^a Ma. Carolina Gonçalves Pinheiro

Centro Universitário Vale do Salgado

1º Examinador

Prof.^a Esp. Wanderleia Sanny David Alencar

Centro Universitário vale do Salgado

2º Examinador

ICÓ – CEARÁ

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua força onipotente, onisciente e onipresente me proporcionou o privilégio de trilhar essa jornada e não me desamparou do início ao fim.

A minha orientadora Rauany Barrêto, a quem cultivo imensa admiração, e que com seu profissionalismo e comprometimento compartilhou comigo o seu saber e me orientou nesse caminho do conhecimento.

A todas as amigas, em modo especial Alcemira, Amanda, Elita, Liana e Luzia que estiveram comigo nessa jornada e sempre me apoiando nos momentos cruciais e nessa etapa tão importante de nossas vidas, agradeço o acolhimento, trocas de conhecimentos e por todo apoio que me proporcionaram durante esta estrada. Desejo de todo coração um futuro brilhante à todas nós.

A banca examinadora Carolina Pinheiro e Wanderleia Alencar, a quais cultivo imensa admiração profissional, e que mesmo com suas rotinas profissionais agitadas dispuseram de tempo para ler este trabalho e prestigiar minha apresentação.

A meus pais Cícera e Geraldo, por todo amor e carinho, por acreditarem em mim mesmo nos dias difíceis que tivemos durante essa caminhada, e por celebrarem comigo todas as minhas conquistas.

A minha irmã Viviane, companheira da vida, por estar sempre presente me incentivando e por toda compreensão e carinho que teve comigo nesse processo.

Aos meus Avós Odete e Sebastião que sempre estão presentes em suas orações e depositando energias positivas.

A minha psicóloga Narcelyanne Morais competente, humana, empática e profissional. Agradeço todo trabalho que temos feito, pois tem me ajudado muito tanto pessoal como profissional.

A Fernanda Pereira, pela sua colaboração nas considerações do meu projeto.

A todos os professores pela colaboração e incentivo para eu alcançar o êxito na minha jornada acadêmica.

RESUMO

FREIRE GOMES, Maria Vitória. **ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES SEXUAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.** 2024, 42 folhas, Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Fisioterapia), Centro Universitário Vale do Salgado - UNIVS, ICÓ – CE, 2024.

Introdução: A disfunção sexual por sua vez, está relacionada a fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e relacionais, tendo em vista a relação de algumas patologias inclusas que afetam direta ou indiretamente nesse fator, resultando uma diminuição da atividade sexual e da libido e da resposta sexual, lubrificação vaginal e a dispareunia. Além disso, alguns fármacos têm consequências significativas por obterem efeitos inibitórios na função sexual.

Objetivo: Compreender como a fisioterapia atua nas disfunções sexuais femininas. E objetivos específicos: Descobrir quais são as principais disfunções relatadas na literatura; verificar quais são instrumentos da fisioterapia utilizados para tratar essas disfunções; investigar os recursos de avaliação que a fisioterapia dispõe para identificar disfunções; **Metodologia:** O estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa de literatura e abordagem qualitativa, utilizamos estratégias de buscas de artigos, recorreremos as bases de dados eletrônicas Scielo, Pubmed e BVS; **Resultados:** Após a aplicação dos filtros e avaliação quanto aos critérios de inclusão, apenas 6 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram selecionados para a síntese. A amostra final foi composta por 4 estudos localizados na MEDLINE e 2 estudos localizados na LILACS. As principais disfunções sexuais encontradas em nossa pesquisa foram: Dispareunia, vestibulodinia, anorgásmicas. Identificamos que a maioria dos estudos utilização para a construção deste trabalho utilizam a escala Female Sexual Function Index (FSI) e escala numérica de classificação (NRS). Entre os principais recursos para o tratamento de disfunção sexuais estão: a cinesioterapia, massoterapia, dilatadores e educação sexual. **Conclusão:** Diante dos estudos revisados podemos concluir que a fisioterapia tem um impacto importante no tratamento das disfunções sexuais femininas.

Palavras-chaves: Disfunções sexuais femininas, fisioterapia, qualidade de vida.

ABSTRACT

FREIRE GOMES, Maria Vitória. **THE PERFORMANCE OF PHYSIOTHERAPY IN PATIENTS WITH SEXUAL DYSFUNCTIONS: A LITERATURE REVIEW.** 2024, 42 pages, Course Completion Work (bachelor's degree in Physiotherapy), Centro Universitario Vale do Salgado - UNIVS, ICÓ – CE, 2024.

Introduction: This sexual dysfunction, in turn, is related to psychological, biological, sociocultural and relational factors, considering the relationship of some pathologies that directly or indirectly affect this factor, resulting in a decrease in sexual activity and libido and sexual response, vaginal lubrication and dyspareunia. Furthermore, some drugs have significant consequences because they have inhibitory effects on sexual function. **Objective:** Understand how physiotherapy affects female sexual dysfunctions. And specific objectives: Discover the main dysfunctions listed in the literature; check which physiotherapy instruments are used to treat these dysfunctions; investigate the assessment resources that physiotherapy has to identify dysfunctions; **Methodology:** The study was carried out through bibliographical research, using an integrative literature review and a qualitative approach, using article search strategies, using the electronic databases Scielo, Pubmed and BVS; **Results:** After applying the filters and evaluating the inclusion criteria, only 6 studies met the eligibility criteria and were selected for synthesis. The final sample was composed of 4 studies located in MEDLINE and 2 studies located in LILACS. The main sexual dysfunctions found in our research were: Dyspareunia, vestibulodynia, anorgasmic. We identified that the majority of studies used to construct this work use the Female Sexual Function Index (FSI) scale and numerical rating scale (NRS). **Conclusion:** Given the studies reviewed, we can conclude that physiotherapy has an important impact on the treatment of female sexual dysfunctions.

Keywords: Female sexual dysfunction, physiotherapy, quality of life.

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças	TENS	Estimulação Elétrica Nervosa
DS	Disfunção Sexual		
ISSVD	Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal		
MAPs	Transcutânea Musculatura do assoalho Pélvicos		
TDSH	Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo		
TESF	Transtorno da Excitação Sexual Feminino		
TOSF	Transtorno do Orgasmo Sexual Feminino		
TSD	Transtorno Sexual Doloroso		

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos relacionados à revisão.	25
Tabela 2 - Apresentação dos artigos selecionados.	27
Tabela 3 - Principais disfunções encontradas.	29
Tabela 4 - Principais recursos utilizados nos tratamentos.	31
Tabela 5 - Estratégia de avaliação das disfunções e o impacto.	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo circular do ciclo de resposta sexual feminina.....	17
Figura 2 - Disfunção sexual feminina.	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fluxograma de pesquisa e seleção dos estudos.....	26
--	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3.2	CICLO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA	14
3.2.1	Neutralidade Sexual	14
3.2.2	Fase do Desejo	14
3.2.3	Fase de Excitação	15
3.2.4	Fase do Orgasmo	15
3.2.5	Fase de Resolução	16
3.3.1	Transtornos Sexuais Dolorosos	17
3.3.2	Transtorno de Excitação	18
3.3.3	Transtorno de Orgasmos	18
3.3.4	Transtorno do Desejo Hipotativo	19
3.4.1	Dispareunia	20
3.4.2	Vaginismo	21
3.4.3	Vulvodínia	22
4	METODOLOGIA	24
4.1	TIPO DE ESTUDO	24
4.2	ESTRATÉGIAS DE BUSCA DOS ARTIGOS	24
4.3	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	24
4.4	SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	25
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	25
5.	RESULTADOS E DISCURSÃO	26
	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Na era medieval (séculos V ao XV), muitas dessas convicções religiosas foram gradualmente impostas como padrões para a sociedade, e a religião romano-cristã categorizou o ato sexual e o prazer como algo associado à perversão e pecado. Entre todos os grupos sociais da época, as mulheres eram marginalizadas e frequentemente ignoradas pois, autoridade religiosa propagavam a ideia da inferioridade feminina em relação aos homens. Argumentavam que as mulheres deveriam ser submissas ao poder masculino, inclusive em questões relacionadas à sexualidade, permitindo que os homens as utilizassem para suas necessidades e satisfação sexual (Haisch, 2022).

É designada, como um problema de saúde que abrange várias aspectos da sexualidade recorrente a desejo, orgasmos, excitação sexual e dor na relação, gerando um desconforto na paciente e conseqüentemente prejudicando a convivência no relacionamento com o parceiro(a), impactando na redução da qualidade de vida delas, sabendo-se que não tem uma fase específica para ocorrer, podem ocorrer essas disfunções em qualquer ciclo ao longo da trajetória (Reed, 2022).

Esta DS (Disfunção Sexual) por sua vez, está relacionada a fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e relacionais, tendo em vista a relação de algumas patologias inclusas que afetam direta ou indiretamente nesse fator, resultando uma diminuição da atividade sexual e da libido e da resposta sexual, lubrificação vaginal e a dispareunia. Além disso, alguns fármacos têm conseqüências significativas por obterem efeitos inibitórios na função sexual (Cavalheira et al., 2011).

Essas disfunções afetam diretamente a qualidade de vida desse indivíduo. Portanto, é de suma importância a identificação das disfunções sexuais e sua avaliação. O diagnóstico é totalmente individual levando em conta problemas psicológicos, ou até mesmo de um relacionamento abusivo, é importante ser abordado primeiramente alguns agravantes como por exemplo disfunções do assoalho pélvico, evitando posteriormente o seu agravo (Gregório, 2021).

O assoalho pélvico, é importante para o funcionamento fisiológico primário da vida, e está relacionado com as funções sexuais, alterações na atividade destes músculos como uma hiperatividade ou seja, músculos em um estado de contração constante do assoalho, podem gerar dor na região pélvica, acarretando prejuízos na vida sexual do indivíduo, causando redução ou até perda de vontade de praticar o ato sexual, pois não se sentindo confortável para tal ação não terá sentido praticá-lo (Padoa et al., 2021).

Além do mais, os TSDF englobam condições em que a dor ocorre antes, durante ou após o ato sexual. entre esses transtornos estão o vaginismo, a dispareunia e a vulvodínia. Cada um desses distúrbios apresenta manifestações específicas de desconforto ou dor durante a atividade sexual, afetando a saúde sexual e o bem-estar das mulheres (Lima et al., 2017).

Contudo, para o diagnóstico deve conter a anamnese, o exame físico, questionários sobre a avaliação da função sexual, e o exame do sistema reprodutivo. O tratamento deve ser multiprofissional e engloba intervenções medicamentosas, psicológicas, lubrificantes, intervenção fisioterapêutica (Ping; Hua, 2023).

Sendo assim, a abordagem fisioterapêutica visa conscientizar as mulheres sobre a contração voluntária da musculatura do assoalho pélvico, promovendo o fortalecimento, relaxamento e ganho proprioceptivo. O (A) fisioterapeuta deve planejar programas de intervenção específicos para eliminar fatores de risco ligados à incapacidade funcional, visando melhorar a qualidade de vida das pacientes (Tomen et al., 2015).

A escolha do tema foi baseada em interesse de aprendizado sobre o assunto citado. Diante do exposto, surge a seguinte questão: como a fisioterapia pode ajudar mulheres que sofrem com disfunções sexuais? Tendo como relevância realizar um levantamento bibliográfico e compilar informações acerca dos principais transtornos dolorosos sexuais que afetam as mulheres e como a fisioterapia pode auxiliar no tratamento de tais disfunções. gerando dados que possam auxiliar os profissionais de saúde nas tomadas de decisão, garantindo assim uma assistência de qualidade para este público.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como a fisioterapia atua nas disfunções sexuais femininas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar quais são as principais disfunções relatadas na literatura;
- Verificar quais são instrumentos da fisioterapia utilizados para tratar essas disfunções;
- Investigar os recursos de avaliação que a fisioterapia dispõe para identificar disfunções.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CICLO DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Em meados de 1966 os pesquisadores William Masters e Virgínia Johnson elaboraram o modelo do ciclo da resposta sexual feminino, constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmos e resolução. Em 1979, Kaplan sugeriu um novo modelo contendo três fases: desejo, excitabilidade e orgasmos, desconsiderando a resolução, pois ela cogitava em ser uma ausência da resposta sexual, ao contrário ser parte do próprio ciclo (Brasil; Abdo, 2016).

Basson sugeriu um modelo de resposta distinto e obtendo quatro aspectos da sexualidade da mulher, onde os hormônios femininos têm uma resposta diferenciada em relação ao do homem, pois no homem a testosterona se inicia a partir da estimulação; o ciclo de resposta sexual feminino não é diretamente ligado ao ato sexual em si; a mulher é mais emocional; ela pode ter manifestações físicas ou não que varia de mulher para mulher independente de ter orgasmos ou não. Em diante, tendo referência a Masters, Johnson e Kaplan com métodos dos modelos, foi rotulado que o ciclo da resposta sexual como um conjunto de quatro fases, sendo elas o desejo, excitação, orgasmos e resolução (Mendonça et al., 2012).

3.1.1 NEUTRALIDADE SEXUAL

Em 2002 Basson, introduziu o "Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina". Nesse modelo, em relacionamentos de longo prazo, a mulher iniciaria a relação a partir da "neutralidade sexual", ou seja, ao ser estimulada pelo parceiro, atingiria graus crescentes de excitação motivada pela intimidade, ganho secundário do vínculo afetivo, ou outras razões não sexuais, priorizando a excitação em relação ao desejo. O desejo se desenvolveria posteriormente, sendo uma consequência e não a causa do ato sexual. Esse modelo valoriza a resposta e a receptividade femininas, sugerindo que, para muitas mulheres, o desejo de intimidade, em vez de um impulso puramente biológico, é o desencadeador do ciclo de resposta sexual (Marques; Chedid; Eizerik, 2008).

3.1.2 FASE DO DESEJO

A fase do desejo é de fato a primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina, como descrito por Kaplan. Ela é influenciada por diversos fatores, incluindo aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. Kaplan contribuiu significativamente para nossa compreensão da resposta sexual feminina. influência do androgênio, especialmente da testosterona, na base hormonal do impulso sexual feminino é um fato relevante. Baixos níveis de testosterona podem afetar o desejo sexual, embora não necessariamente comprometam toda a resposta sexual feminina. Isso pode ser especialmente notado em mulheres na perimenopausa ou após

intervenções cirúrgicas que diminuem os níveis de androgênio. A prolactina em níveis elevados pode interferir na atividade dopaminérgica central, o que pode levar à diminuição da libido, conforme mencionado por Davis em 2000 (Ferreira et al., 2007).

Segundo o modelo de Basson, a excitação precede o desejo, o qual surge como uma consequência da experiência sexual, e não como uma condição prévia. Assim, o desejo sexual é muitas vezes uma resposta à excitação e à intimidade estabelecida durante a interação, ao invés de um impulso biológico que inicia o ciclo sexual. Esse modelo enfatiza a importância da receptividade e da resposta feminina, reconhecendo que, para muitas mulheres, o desejo de intimidade e conexão emocional pode ser o principal motivador para a atividade sexual, em vez de um desejo sexual espontâneo (Marques, 2008).

3.1.3 FASE DE EXCITAÇÃO

A fase da excitação é a segunda etapa da resposta sexual. Nessa fase, o corpo começa a responder fisiologicamente aos estímulos que desencadearam o desejo sexual. Em outras palavras, a excitação é a resposta do corpo ao desejo, preparando-o para o ato sexual. Duas alterações fisiológicas principais ocorrem nessa fase: as reações congestivas, que envolvem vasodilatação, e as reações miotômicas, caracterizadas pelo aumento do tônus e da contratilidade muscular. Essas alterações são controladas pela inervação vegetativa dos genitais femininos, que compreende os sistemas simpático e parassimpático e controla o funcionamento das vísceras (Souza, 2007).

Durante a resposta sexual feminina, há um resultado físico e psicológico do estímulo que envolve a visão, tato, olfato, audição e paladar, bem como pensamentos, emoções e fantasias. Nessa etapa, a mulher manifesta lubrificação vaginal, expansão da parte interna da vagina variando entre 7 e 8 até 12 centímetros, com aumento do tamanho do útero. Há afinamento, achatamento e abertura dos grandes lábios em mulheres que ainda não tiveram filhos, ou espessamento e aumento do volume dos grandes lábios em mulheres que já foram mães. Além disso, ocorre um aumento de tamanho do clitóris, enrijecimento e discreto aumento dos seios. Esses são aspectos físicos que acompanham a complexidade da resposta sexual feminina (Haisch, 2022).

3.1.4 FASE DO ORGASMO

O orgasmo, também conhecido como êxtase ou ápice de prazer, é alcançado quando ocorre a liberação total das tensões anteriormente retidas. Durante o orgasmo, tanto o útero quanto a musculatura perineal que circunda a entrada vaginal contraem-se ritmicamente. Esses eventos são acompanhados pela sensação subjetiva de profundo prazer. Após o orgasmo, se não houver outro ciclo excitatório iniciado, todas as transformações fisiológicas regressarão

rapidamente. É após o orgasmo que a intensa vasocongestão pélvica decorrente da excitação sexual se dissipa rapidamente. Se o orgasmo não for alcançado, essa vasodilatação levará consideravelmente mais tempo para desaparecer, o que, na mulher, pode desencadear fenômenos dolorosos devido ao intumescimento persistente dos genitais internos (Souza, 2005).

O ápice do prazer e alívio da tensão durante a relação sexual é frequentemente descrito como uma sensação de prazer intenso, acompanhada por contrações rítmicas da musculatura genital, aumento da frequência cardíaca e respiratória. Esta fase, a mais intensa do ciclo de resposta sexual, é breve, caracterizada por uma série de contrações rítmicas (3 a 15) da plataforma orgástica, com intervalo de 0,8 segundos. Algumas mulheres conseguem experimentar orgasmos múltiplos, sendo chamadas de multiorgásticas, o que significa que conseguem ter um número elevado de orgasmos consecutivos sem que seu nível de excitação diminua (Silva et al., 2023).

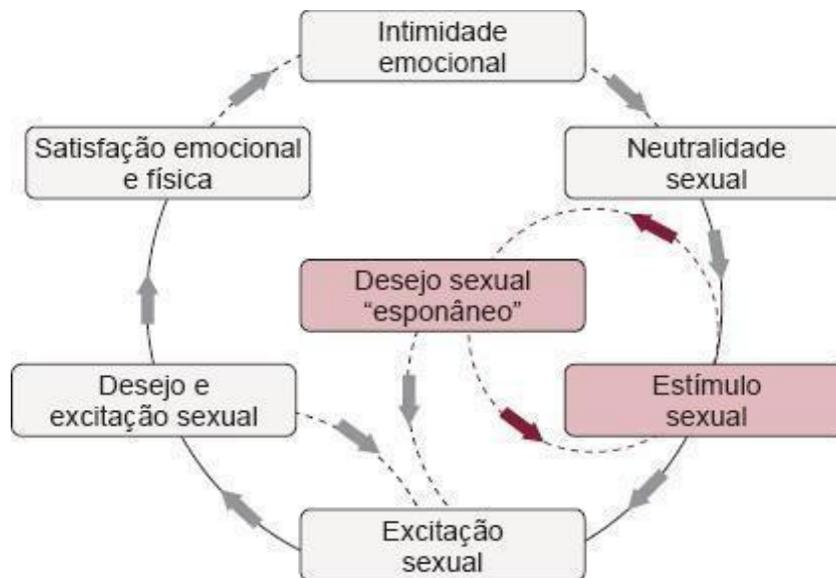
3.1.5 FASE DE RESOLUÇÃO

A resolução é a última fase do ciclo de resposta sexual feminina, caracterizada por um retorno gradual e progressivo dos elevados níveis de clímax e excitação aos níveis básicos de tensão sexual. Durante essa fase, o organismo lentamente retorna às condições iniciais, o útero reassume sua posição original, e o colo do útero retorna para dentro da vagina, que perde o tônus. Essa fase é marcada por um estado subjetivo de bem-estar, relaxamento muscular, lassidão e certa letargia, desaparecendo com o fim da fase orgástica. No caso de orgasmos múltiplos, a mulher tende a permanecer no estado de platô, sem retroceder para a fase de excitação. Já no caso de ausência de orgasmo, a fase de resolução pode ser mais prolongada (Castro, 2020).

A resolução representa uma fase gradual e progressiva de retorno dos elevados níveis de clímax e excitação aos níveis básicos de tensão sexual. Essa fase é classificada como a última, na qual o organismo lentamente retorna às condições iniciais. Durante essa fase, o útero reassume sua posição original, o colo "retorna" para dentro da vagina, que perde o tônus. Essa

etapa marca o término do ciclo de resposta sexual feminina, caracterizando-se pela diminuição

Figura 1 - Modelo circular do ciclo de resposta sexual feminina.



Fonte: Tratado de fisioterapia na saúde da mulher.

gradual da excitação e pela normalização das condições fisiológicas (Castro, 2020).

3.2 AS PRINCIPAIS DISFUNÇÕES QUE PODEM ACOMETER AS MULHERES

3.2.1 Transtornos Sexuais Dolorosos

A fase do desejo é a primeira etapa do ciclo da resposta sexual feminina. Fatores emocionais, comportamentais, fisiológicos e cognitivos podem influenciar essa fase. Embora a fisiologia do desejo sexual feminino ainda não seja completamente compreendida, sua mediação hormonal é relativamente bem conhecida. O impulso sexual feminino está principalmente relacionado aos androgênios. A testosterona pode estimular a atividade sexual, e níveis baixos desse hormônio podem prejudicar o desejo sexual sem necessariamente comprometer toda a resposta sexual feminina. Baixos níveis de androgênios, comuns em mulheres na perimenopausa ou aquelas que passaram por intervenções cirúrgicas, podem alterar significativamente o impulso sexual (Ferreira et al., 2010).

Os transtornos sexuais dolorosos são agrupados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como disfunções sexuais. Sendo assim, o transtorno sexual doloroso (TSD) feminino, que engloba condições como dispareunia, vaginismo e transtorno sexual doloroso não coital, é altamente prevalente, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres afetadas e suas parceiras sexuais. No Brasil, 17,8% das mulheres relatam dor durante a relação

sexual. Estima-se que o TSD seja subdiagnóstico, e embora existam diversas modalidades terapêuticas eficazes na redução da dor. Para avaliação clínica, deve considerar aspectos emocionais, comportamentais relacionados à experiência da dor, condições psiquiátricas como depressão e ansiedade, e o relacionamento com a (o) parceira (o), é essencial na avaliação dessas pacientes (Brasil; Abdo, 2016).

3.2.2 Transtorno de Excitação

O Transtorno da Excitação Sexual Feminina (TESF) é de fato caracterizado pela dificuldade persistente em manter ou alcançar uma resposta adequada de excitação sexual, muitas vezes envolvendo problemas como a lubrificação insuficiente e vasocongestão genital. A excitação sexual feminina pode ser dividida em dois aspectos: subjetivo e genital. É comum haver uma falta de correlação entre as respostas fisiológicas, como a excitação genital, e a percepção subjetiva de excitação. Ou seja, mulheres podem apresentar sinais físicos de excitação sem se sentirem subjetivamente excitadas. Essa desconexão destaca a complexidade da resposta sexual feminina, que envolve não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e cognitivos, variando de pessoa para pessoa (Pereira; Silva; Nardi, 2010).

Na excitação, os principais preditores positivos são o afeto positivo e os pensamentos relacionados à própria excitação sexual. No entanto, fatores afetivos e cognitivos também podem impactar negativamente essa percepção. Indivíduos com disfunção sexual tendem a ativar muito mais pensamentos negativos sobre sua própria incompetência durante experiências sexuais insatisfatórias do que indivíduos sexualmente funcionais, mesmo quando a frequência desses eventos é controlada. Esse aumento nos pensamentos negativos leva a um foco maior no fracasso e no distanciamento emocional. Especificamente, as mulheres tendem a reduzir os pensamentos eróticos, o que contribui ainda mais para a diminuição da excitação subjetiva (Abdo; Fleury, 2018).

3.2.3 Transtorno de Orgasmos

O Transtorno do Orgasmo Sexual Feminino (TOSF) a resposta sexual feminina atinge seu ápice com o orgasmo, caracterizado por contrações reflexas rítmicas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais, ocorrendo a cada 0,8 segundos. Essas contrações são especialmente notáveis no terço inferior da vagina, formando a plataforma orgásmica, composta pelos músculos e tecidos engrossados que cercam a abertura vaginal, além de alguns dos músculos pélvicos (Ferreira et al., 2010).

Engloba tanto a dificuldade em alcançar o orgasmo quanto a diminuição na intensidade das sensações orgásticas, essas dificuldades muitas vezes estão ligadas a problemas relacionados ao interesse e à excitação sexual. É comum que algumas mulheres precisem de

estímulo clitoriano para atingir o orgasmo, é considerado normal da resposta sexual, como também encontra uma quantidade reduzida de mulheres que conseguem atingir com a penetração, então é importante a estimulação clitoriana. Ademais, o transtorno feminino é influenciado por vários elementos, como condições médicas e o uso de medicamentos, psicológicos e socioculturais, associado a isso pode ser classificado como primário, quando a mulher nunca vivenciou um clímax, e secundário, quando ela já o experimentou anteriormente, mas enfrenta desafios no momento. Além disso, há o transtorno de orgasmo situacional, que é relativo ou circunstancial, que pode depender da parceria e das circunstâncias que a mulher se encontra (Orso, 2022).

3.2.4 Transtorno do Desejo Hipoativo

O Transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) foi o problema sexual mais prevalente identificado em estudo populacional em mulheres brasileiras de meia-idade, seguido pela disfunção da excitação e orgasmo. O estudo identificou o DSH em aproximadamente 60% dessas mulheres. Existem evidências de que fatores psicossociais, incluindo a qualidade do relacionamento interpessoal, suporte social, bem-estar emocional, doenças crônicas e depressão influenciam a função sexual, assim como a ausência de parceiro ou parceiro com problemas de saúde. No entanto, entre todos os fatores que afetam o desejo sexual feminino, o envelhecimento parece ser o mais significativo (Neto et al., 2012).

É uma das queixas mais recorrentes entre as mulheres, caracterizando-se pela carência ou diminuição de fantasias e desejos sexuais. O baixo desejo pode ser amplo ou situacional, resultando em uma motivação reduzida para buscar estímulos sexuais, afetando tanto o indivíduo quanto o relacionamento, aumentando com a idade. A sexualidade desempenha um papel vital na qualidade de vida, influenciando pensamentos, emoções, comportamentos, relações interpessoais, saúde física e mental. Esse transtorno pode causar instabilidades, gerando sentimentos de desvalorização em homens e mulheres. A psicoterapia é essencial para o tratamento, para a redução da ansiedade relacionada a crenças sobre sexualidade e desempenho, e ajudando a mulher a recuperar uma função sexual satisfatória (Moraes, 2013).

Figura 2 - Disfunção sexual feminina.



Fonte: <https://lpfbrasil.com.br/disfuncao-sexual-feminina-disturbio-do-orgasmo-anorgasmia/>

3.3 FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DOLOROSOS

3.3.1 Dispareunia

A dor durante o ato sexual, denominada como dispareunia feminina, é uma sensação persistente na área genital ou pélvica. No entanto, de acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, até 75% das mulheres podem experimentar relações sexuais dolorosas em algum momento da vida devido a essa condição. Esta condição está ligada a um aumento do risco de problemas sexuais e tensões nos relacionamentos, podendo afetar a autoconfiança, autoimagem e autoestima das mulheres. A dor pode ser superficial ou profunda, variando de intermitente a constante e de leve a intensa. Muitas mulheres relutam em falar sobre esses sintomas com profissionais de saúde, tornando-a uma condição subestimada, embora seja comum (Hrelac; Wax; Saccomano, 2023).

A abordagem terapêutica que destaca a massoterapia manual e o uso de lubrificantes à base de água ou óleo, como o óleo de coco, visa melhorar o aporte sanguíneo local para tratar a dispareunia associada à atrofia vaginal e falta de lubrificação durante o ato sexual. Essas técnicas visam aliviar o desconforto e melhorar a qualidade da relação sexual. A instrução de iniciar a massagem com pressão leve e aumentar conforme a tolerância, juntamente com o ensino da técnica para uso doméstico e compartilhamento com o parceiro durante a relação sexual, destaca a importância da comunicação e do apoio mútuo. A consciência perineal e o conhecimento das áreas erógenas visam facilitar a excitação e a lubrificação vaginal. O uso de massageadores manuais e elétricos, assim como dilatadores vaginais, pode ser benéfico, enquanto TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea) e calor local são considerados em casos de dor intensa. A adaptação do tratamento conforme a intensidade do quadro algico é essencial (Matiello et al., 2023).

No alongamento do assoalho pélvico, mobilização fascial e alongamento da musculatura adjacente, sendo introduzidos em fases posteriores. O *biofeedback* é utilizado com o objetivo de facilitar a realização bem-sucedida dos exercícios, especialmente porque, na maioria dos casos, as pacientes não têm conhecimento preciso da localização dos músculos perineais. Além disso, o *biofeedback* promove uma maior percepção e controle voluntário da musculatura do assoalho pélvico, contribuindo para uma conscientização mais profunda sobre o corpo e suas funções (Santos, 2021).

3.3.2 Vaginismo

O vaginismo é uma disfunção sexual que afeta até 16% das mulheres, caracterizada pela dificuldade em permitir a penetração vaginal, mesmo quando desejada, sendo classificada como uma dor psicossomática, podendo também ter causas físicas, como traumas sexuais. Essa disfunção está associada a problemas sociais, psicológicos, psiquiátricos, ginecológicos, psicanalíticos e sexológicos. Essas mulheres apresentam sintomas como dor durante ou após a penetração, além de manifestações como náusea, sudorese, dificuldade para respirar e batimentos cardíacos acelerados devido ao medo, tensão e espasmos musculares involuntários. pode ser dividido em dois tipos: O primário ocorre quando a mulher é incapaz de ter relações sexuais devido a contrações involuntárias da parede vaginal. Já o secundário acontece quando a mulher, após experiências anteriores de infecção ou relações dolorosas, perde a capacidade de ter relações sexuais satisfatórias para si mesma ou para o (a) parceiro (a) (Barros et al., 2023).

O tratamento fisioterapêutico para o vaginismo não concentra somente no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, mas também dos músculos relacionados, como os adutores de coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares. Os exercícios de contração voluntária do assoalho pélvico, como os exercícios de Kegel, podem melhorar a percepção e a consciência corporal, além de promover a vascularização da região pélvica. Embora a contração de um grupo muscular não seja visualmente óbvia, a visualização de uma representação simples da anatomia feminina pode ser útil para orientar e facilitar efetivamente esses exercícios. Pois, contribui na compreensão e execução correta dos movimentos para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. Os efeitos da eletroestimulação do assoalho pélvico no tratamento, mostraram melhorias na capacidade de contração, repouso e redução da dor, ajudando a fortalecer e relaxar as musculaturas do assoalho pélvico, contribuindo para a melhora da função muscular e redução das dores associadas às relações sexuais, especialmente em mulheres com condições como o vaginismo (Tomen et al., 2015).

A técnica de dessensibilização tem como objetivo promover o autoconhecimento da mulher em relação ao seu sistema reprodutor. Ademais, adota-se a técnica de alongamento

passivo dos músculos adutores do quadril bilateralmente, juntamente com massagem perineal realizada pelo terapeuta. O procedimento inicia com o alongamento muscular da origem para a inserção dos MAPs, seguindo as fibras musculares, aplicando pressão tolerável por cinco minutos em cada lado. Os dilatadores vaginais são utilizados para promover a dilatação vaginal e conscientização sobre os MAPs. Eles variam em tamanho e espessura, sendo empregues progressivamente no canal vaginal (Ribeiro; Beretta; Sousa, 2022).

3.3.3 Vulvodínia

Em 2003, a Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal (ISSVD) definiu a vulvodínia como um desconforto vulvar, frequentemente caracterizado por sensações de queimação, sem apresentar anormalidades visíveis relevantes ou um distúrbio neurológico específico identificável clinicamente. A sensação dolorosa pode ser descrita como queimação, coceira, ardência, desconforto ou irritação localizada em uma área específica ou disseminada por toda a vulva. Pode ser estimulada por contato direto como inserção de absorvente interno ou ato sexual e indiretamente através de atividades como caminhar, ou até mesmo surgir espontaneamente, sem uma causa aparente. Algumas das possíveis causas ou fatores associados incluem predisposição genética, inflamação, episódios frequentes de infecções fúngicas, dor de origem nervosa, disfunções musculares no assoalho pélvico, prolapso de órgãos pélvicos, alterações hormonais ou uso de contraceptivos hormonais, presença de níveis elevados de oxalatos na urina e problemas psicológicos (Loflin; Westmoreland; Williams, 2019).

Na vulvodínia o tratamento fisioterapêutico, pode iniciar com a termoterapia para relaxar a musculatura, exceto se apresentar processos infecciosos e inflamatórios. O uso frequente das terapias manuais na fisioterapia, incluindo massagem intra e transvaginal do assoalho pélvico, tem sido observado para prevenir trauma perineal durante o parto. Essa abordagem por sua vez visa reduzir a hipertonia muscular, fibroses e outras disfunções. Além disso, a aplicação da massagem demonstra eficácia no tratamento da dispareunia causada pela hipertonia da musculatura do assoalho pélvico. A utilização da TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea) nos tratamentos da dor vulvar e vestibular, proporciona relaxamento da musculatura, essa técnica foi considerada um método simples, eficaz e seguro para aliviar a dor nesses contextos (Barros, 2021).

Assim também o alongamento passivo da musculatura do assoalho pélvico pode ser realizado manualmente ou com o auxílio de dispositivos insufláveis, dilatadores vaginais e massageadores manuais ou elétricos. Além disso, os alongamentos globais, com ênfase nos adutores do quadril, também são uma abordagem possível. Na vulvodínia é importante a consciência perineal e pélvica é crucial para evitar agravar a hipertonia característica dessa

disfunção. Contudo, o biofeedback é uma ferramenta útil para aumentar essa consciência. Medidas educativas incluem orientar a paciente a evitar produtos irritantes vulvares e incentivá-la a perceber os momentos de contração e relaxamento do assoalho pélvico, mantendo exercícios de consciência perineal em casa. Ademais, a abordagem multiprofissional é fundamental, envolvendo fisioterapeuta, ginecologista, psicólogo, sexólogo e nutricionista (Matiello et al., 2023).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa sobre o seguinte tema: Atuação da fisioterapia em pacientes com disfunções sexuais.

A revisão integrativa envolve a análise de estudos relevantes que sustentam a tomada de decisões e melhoram a prática clínica. Isso possibilita a síntese do conhecimento atual sobre um tema específico, destacando lacunas que necessitam de novos estudos. Esse método permite a síntese de vários estudos e a formulação de conclusões gerais sobre uma área específica, onde os profissionais muitas vezes têm dificuldade em revisar toda a extensa literatura disponível e realizar análises críticas dos estudos (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

4.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA DOS ARTIGOS

Foram feitos levantamentos bibliográficos a fim de alcançar os objetivos propostos na pesquisa, os quais foram feitos nas bases de dados eletrônicas Scielo, Pubmed e BVS. As buscas dos artigos foram iniciadas em maio de 2024 e finalizadas no mês de junho de 2024. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) usados para a realização desta pesquisa foram os seguintes: “*Physical Therapy Modalities*”, “*Sexual Dysfunction*”, “*Dyspareunia*”. “*Physical*, por meio do booleano AND: “*Therapy Modalities*” AND “*Sexual Dysfunction*” e “*Physical Therapy Modalities*” AND “*Dyspareunia*”.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram considerados os artigos com os seguintes critérios de inclusão: texto completo, disponíveis na íntegra pelo meio online, que foram publicados no período de 2014 a 2024, em formatos de artigos científicos, escritos em português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão são: estudos que não enfatizassem sobre a temática, artigos de revisão sistemática.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos relacionados à revisão.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P	Participantes	Todos os estudos com mulheres adultas jovens de faixa etária de 18 a 59 anos.	Todos os estudos onde os participantes eram mulheres no período do climatério em puerpério.
I	Intervenção	Estudos que abordem a temática do tratamento da Disfunção Sexual feminina e que utilizam intervenções fisioterapêuticas como ferramenta de tratamento.	Estudos que não abordem sobre o tratamento DS em mulheres sem intervenções fisioterapêuticas.
C	Comparação	Não se aplica.	
O	Outcomes	Impactos do tratamento da fisioterapia nas disfunções sexuais	

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

A fase de coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação dos descritores "*Physical Therapy Modalities*", "*Sexual Dysfunction*", "*Dyspareunia*". Por meio do boleano AND.

Logo após, iniciará a seleção dos artigos, onde foram feitas a análise dos títulos dos artigos identificados por meio da estratégia de busca, sendo excluídos os que não contemplam o tema, artigos repetidos nas bases de dados, e artigos de revisão. Em seguida foi feita a leitura dos resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos. Além disso, foram realizadas a leitura dos textos feitos na íntegra para estabelecer a exclusão quando eles não atingirem os critérios de elegibilidade. Foram feitas tabelas que facilitarão a análise dos artigos com distribuição dos artigos selecionados para o estudo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

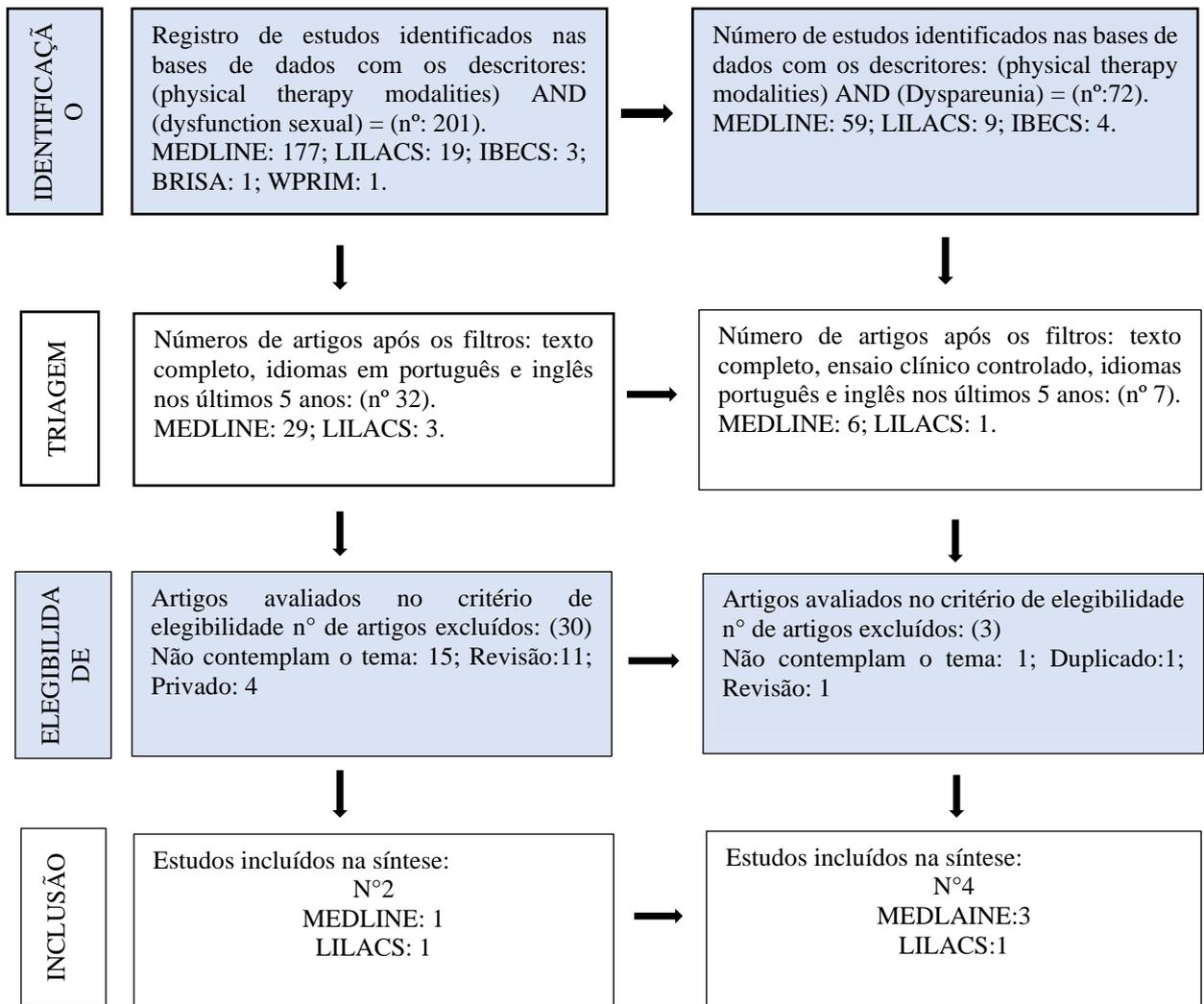
Para a análise dos dados foram feitas tabelas com os artigos de forma detalhada, através de um documento no Microsoft Word 2019, e terá as informações de: título, autor, ano de publicação, tipo do estudo, características da população a ser estudada, ferramentas de coletas de dados e medidas de resultados.

As análises dos dados foram realizadas em uma tabela para facilitar a compreensão e observação dos resultados e discussões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas foram realizadas de acordo com a proposta metodológica descrita e conforme os objetivos propostos na pesquisa, visando os critérios de elegibilidade e seguindo seguintes cruzamentos de descritores: *Physical Therapy Modalities AND Sexual Dysfunction e Physical Therapy Modalities AND Dyspareunia*. A pesquisa e seleção dos artigos se desenvolveram conforme a esquematização do fluxograma seguinte:

Quadro 1 - Fluxograma de pesquisa e seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Conforme o fluxograma acima, inicialmente foram identificados 201 registros, no segundo cruzamento foram identificados 72, a partir dos descritores aplicados nas bases de dados. Após a aplicação dos filtros e avaliação quanto aos critérios de inclusão, apenas 6 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram selecionados para a síntese. A amostra final foi composta por 4 estudos localizados na MEDLINE e 2 estudos localizados na LILACS.

A seguinte tabela 2, é feita uma breve apresentação dos artigos selecionados dos estudos, quanto ao ano e autor de publicação, título, população e objetivo da pesquisa. Esses estudos estão organizados em sequência cronológica do ano de publicação.

Tabela 2 - Apresentação dos artigos selecionados.

ANO AUTOR	TÍTULO	POPULAÇÃO	OBJETIVO DA PESQUISA
PEREIRA, F. S. et al (2020)	Treinamento dos músculos do assoalho pélvico em mulheres com dispareunia: um ensaio clínico randomizado.	13 mulheres de um grupo de intervenção com mulheres de 40 anos e outro grupo de controle com 43 anos da comunidade, com sintomas de dispareunia	Analisar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com dispareunia.
MORIN, M. et al (2020)	Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a prospective, multicenter, randomized trial	212 mulheres com idade de 18 e 45 anos que foram recrutadas e randomizadas em grupo para fisioterapia e grupo lidocaína. randomizado em mulheres diagnosticadas como tendo provocado vestibulodinia recrutadas na comunidade e em 4 hospitais universitários canadenses.	Estabelecer a eficácia da fisioterapia multimodal em comparação com a lidocaína tópica, um tratamento de primeira linha frequentemente utilizado.
CRY, M-P. et al (2021)	A Prospective, Single-Arm Study Evaluating the Effects of a Multimodal Physical Therapy Intervention on Psychosexual Outcomes In women with dyspareunia after gynecologic cancer	31 mulheres com idade 55 anos com dispareunia após câncer ginecológico.	Avaliar os efeitos da fisioterapia multimodal nos resultados psicossociais, incluindo sofrimento sexual, preocupações com a imagem corporal, ansiedade da dor, catastrofização da dor, autoeficácia da dor e sintomas depressivos em mulheres com dispareunia após tratamento para doenças malignas ginecológicas.
DO FORNO, F. et al (2021)	Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor muscle physiotherapy: randomized controlled trial	34 mulheres com 18 e 45 anos com nulíparas com diagnóstico de endometriose infiltrativa profunda e dispareunia superficial associada.	Avaliar o efeito da fisioterapia do assoalho pélvico na área do hiato do levantador do ânus durante a manobra de Valsalva, avaliada por ultrassonografia transperineal, em mulheres com endometriose infiltrativa profunda que sofrem de dispareunia superficial.
DEL FORNO, S. et al (2023)	Effects of Pelvic Floor Muscle Physiotherapy on Urinary, Bowel, and Sexual Functions in Women with Deep Infiltrating Endometriosis: A Randomized Controlled Trial	30 mulheres de 18 e 45 anos nulíparas, com endometriose infiltrativa profunda e dispareunia superficial.	Avaliar os efeitos da fisioterapia do assoalho pélvico nas funções urinária, intestinal e sexual. Em segundo lugar, pretendemos avaliar os efeitos do feedback visual ultrassonográfico durante a fisioterapia no assoalho pélvico e nas modificações subjetivas na frequência das relações sexuais.

MARRAUI, L. et al (2023)	Association of sex education, kinesiotherapy and manual therapy in the treatment of anorgasmic women: a case study	2 mulheres com idade de 18 e 40 anos com histórico de anorgasmia submetidas a protocolos cinesioterapêuticos associados a massagem perineal e educação sexual.	Avaliar os efeitos da associação das técnicas de cinesioterapia aplicada à musculatura do assoalho pélvico, massagem perineal e conscientização acerca da sexualidade das participantes.
---------------------------------	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Pode-se analisar que aos artigos abordam assunto que buscam identificar estudos na disfunção sexual feminina.

A disfunção sexual feminina é um problema que afeta uma parcela significativa da população feminina, mesmo entre aquelas que são sexualmente ativas. Estima-se que entre 40% e 45% das mulheres relatam algum tipo de dificuldade em uma ou mais fases da resposta sexual fisiológica. Entre as várias disfunções sexuais, a anorgasmia, ou disfunção orgásmica, é particularmente prevalente, afetando cerca de 30% das mulheres globalmente. A anorgasmia é caracterizada pelo retardo ou ausência do orgasmo após uma fase normal de excitação sexual, ou ainda pela redução anormal da intensidade do orgasmo. Essa condição pode ser uma fonte significativa de frustração e insatisfação sexual, impactando negativamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional das mulheres que a vivenciam (Marraui et al., 2023).

A conscientização e o treinamento da musculatura do assoalho pélvico podem trazer melhorias significativas na vida sexual, como o aumento do desejo sexual e a melhora na excitação e no orgasmo. A musculatura do assoalho pélvico tem a função de sustentar alguns órgãos pélvicos, prevenindo o prolapso, e é importante para a função sexual. O músculo bulboesponjoso é um dos principais responsáveis pela dor durante a relação sexual, especialmente na penetração, pois ele contribui para o fechamento do óstio vaginal e ajuda no controle do fluxo urinário. A fisioterapia tem um papel essencial, utilizando recursos como eletroterapia, cinesioterapia e técnicas manuais. A massagem perineal, uma dessas técnicas manuais, é aplicada em pacientes em pontos dolorosos/gatilho (trigger points) na musculatura do assoalho pélvico identificados durante a inspeção vaginal, assim promovendo relaxamentos dos músculos perineais (Carvalho; Pereira, 2022).

A tabela 3, apresenta quais as principais disfunções relatadas na literatura.

Tabela 3 - Principais disfunções encontradas.

Nº	AUTOR E ANO	DISFUNÇÕES ENCONTRADAS
1	PEREIRA, F. S. <i>et al</i> (2020)	Dispareunia
2	MORIN, M. <i>et al</i> (2020)	Vestibulodinia
3	CRY, M-P. <i>et al</i> (2021)	Dispareunia após câncer ginecológico
4	DO FORNO, F. <i>et al</i> (2021)	Endometriose associado à Dispareunia
5	DEL FORNO, S. <i>et al</i> (2023)	Endometriose associado à Dispareunia
6	MARRAU, L. <i>et al</i> (2023)	Anorgásmicas

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Diante do exposto na tabela 4 a dispareunia é a patologia mais recorrente entre os estudos revisados (n=4) seguido pela vestibulodinia e a anorgasmia.

A dispareunia é caracterizada por dor antes, durante ou após a penetração sexual, podendo ocorrer no início da penetração superficial/de introito, na penetração profunda, durante o movimento peniano, pelo toque íntimo e pela introdução de próteses de penianas no canal vaginal. O levantamento realizado no Ambulatório de Ginecologia Geral do Hospital Eletro Bonini, da Universidade de Ribeirão Preto, 30% das pacientes com queixas ginecológicas sofrem de dor pélvica, e entre essas, 50% apresentam dispareunia (dor durante a relação sexual). Estudo mostram que houve uma prevalência de dispareunia variando entre 14,4% e 18%. Além disso, estimasse que, no Brasil, 17,8% das mulheres relatam sentir dor durante a relação sexual. Sendo assim a dor pélvica: Presente em 30% das pacientes com queixas ginecológicas, e a dispareunia entre pacientes com dor pélvica: Presente em 50% dessas mulheres (Vieira, 2022); (Matthes, 2024).

Sendo classificada como um dos sintomas da endometriose, um quadro ginecológico crônico que afeta mulheres em idade reprodutiva, a dispareunia é um problema significativo. Como sintomas clínicos da endometriose incluem dor pélvica crônica, dismenorreia, disquesia, disúria, infertilidade e dispareunia. A presença da dispareunia em mulheres com endometriose varia de 54,7% a 86%. Com o objetivo de avaliar o impacto da dispareunia na vida e nos relacionamentos das mulheres com endometriose, visto que, um estudo qualitativo com 30 mulheres com a doença. Os resultados mostraram que a experiência da dor limitou a atividade sexual para a maioria das mulheres investigadas, resultando em baixa autoestima e um efeito negativo na relação com o parceiro. Nesse sentido, apesar de a dispareunia ser um problema sexual comum em pacientes com endometriose, resultando na sexualidade, identidade feminina e nos relacionamentos dessas pacientes tem sido dificilmente investigado (Merqui *et al*, 2015).

Avalia-se que 40% das mulheres globalmente sejam afetadas por alguma forma de disfunção sexual, com esse número sendo ainda maior entre aquelas com câncer. Impactando de forma negativa no paciente, que envolve medo da morte, baixa autoestima e preocupações

com a imagem corporal. Estima-se que alguns tratamentos contra o câncer podem encontrar consequências adversas para a função sexual da mulher, como cirurgias que alteram a anatomia feminina, remoção dos ovários, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia incluindo o uso de inibidores da aromatase e Tamoxifeno (inibidor de células tumorais que desenvolve na mama). Na atualidade, apesar do bom prognóstico da maioria dos tipos de câncer, aproximadamente 70% de taxa de sobrevivência em 5 anos, muitos problemas relacionados à experiência e ao tratamento da doença ainda são comuns, contudo, as disfunções sexuais frequentemente relatadas (Rodrigues; Marquez, 2018).

Conforme o conceito da International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, define a vulvodínia como um desconforto ou dor vulvar crônica, persistente por ao menos três meses, manifestada como ardor, irritação, prurido ou sensação de "picada". Estes sintomas não devem estar associados a uma infecção, doença neurológica ou neoplasia identificável na região genital. Desde 2003, é classificada a vulvodínia em generalizada e localizada, subdividindo cada uma em provocada, não provocada e mista, dependendo das características dos sintomas. Sendo localizada e caracterizada pela dor ao toque em uma área específica, como o vestíbulo (vestibulodínia), clitóris (clitorodínia) ou de forma unilateral (hemivulvodínia). Sendo assim, representa aproximadamente 80% dos casos (Monteiro et al., 2015).

A vulvodínia está relacionada as disfunções neurológicas seletivas dos nervos pudendo, genitofemoral e nervo ilioinguinal, com hipóteses sugerindo fatores genéticos podem causar uma formação desordenada do sistema nervoso, predispondo à dor neuropática. Contudo, a taxa de prevalência de 7 a 18% na população feminina norte-americana. A vestibulodínia, onde a dor está localizada apenas no vestíbulo vaginal, é a forma mais comum de vulvodínia e é também chamada de vulvodínia localizada. No entanto, toda a região vulvar, incluindo o púbis, pode apresentar desconforto. Os sintomas dessa disfunção podem impactar qualquer atividade que envolva pressão sobre a região genital, como usar roupas apertadas, andar de bicicleta, permanecer sentado por longos períodos e a própria relação sexual (Silva et al., 2020).

O orgasmo é uma sensação de intenso prazer que cria um estado de consciência alterado acompanhado por musculatura circunvaginal estriada pélvica e de contrações uterinas, anais e miotomia que resolve a vasoconstrição induzida sexualmente. Desse modo, a disfunção sexual a anorgasmia que é a incapacidade de a mulher não atingir o clímax durante a relação sexual, é fundamental destacar que as mulheres podem experimentar e responder ao orgasmo de formas distintas. A compreensão dos mecanismos fisiológicos envolvidos na prática sexual, considerando-se as diferenças entre elas e os impactos gerados na satisfação pessoal (Silva, 2019).

Entretanto, a disfunção orgásmica pode ser classificada em duas fases que são elas: Primária: é quando a mulher nunca sentiu o orgasmo. Secundária: ela já sentiu orgasmos e devido algum motivo passou a não mais apresentá-los. Com isso, existem fatores que contribuem para esta disfunção orgásmica, que são: psicológicos quanto físicos como: a idade, duração e qualidade do relacionamento, experiências vivenciadas na infância e adolescência, educação, estilo de vida, uso de drogas, crenças religiosas, traumas sexuais, medicamentos, cirurgias ginecológicas, anormalidades anatômicas e fraqueza do assoalho pélvico. As mulheres como modo de defesa fingem a presença do orgasmo, para manter um prazer inexistente, deixando de alcançar o orgasmo e dificultando o tratamento. Consequentemente a anorgasmia atinge em média 21 % da população feminina. A mulher é submissa a tornar-se uma pessoa aflita, deprimida, com perda de autoestima e autoconfiança, com isso uma qualidade de vida comprometida (Sousa et al., 2020).

Na tabela 4, mostrará recursos da fisioterapia utilizados para tratar essas disfunções.

Tabela 4 - Principais recursos utilizados nos tratamentos.

AUTOR E ANO	MÉTODOLOGIA	RECURSOS
PEREIRA, F. S. et al (2020)	Foram divididos em dois grupos o Grupo de Intervenção (G1) 6 mulheres: receberam treinamentos dos músculos do assoalho pélvico durante 8 semanas, sendo 2 encontros semanais com duração de 40 minutos. As sessões foram realizadas em grupo, com no máximo quatro mulheres. O treinamento iniciou com exercícios de alongamento em membros inferiores. Em seguida, foi realizado o treinamento do assoalho pélvico, que se constituiu de três exercícios por sessão, em diferentes posições: deitada, sentada e em pé. Foram realizados com contrações lentas de 5 segundos seguido de 6 contrações rápidas, sendo que em cada posição realizaram-se 8 repetições. O comando verbal para contração dos músculos do assoalho pélvico foi dado durante a fase de expiração por meio do comando “segurar o xixi”. No Grupo de Controle 7 mulheres: foi realizado uma palestra com orientações sobre fisioterapia na saúde da mulher com ênfase em câncer de mama	Cinesioterapia.
MORIN, M. et al (2020)	O tratamento fisioterapêutico consistiu em 10 semanas de sessões individuais de 1 hora. As técnicas de terapia manual, aplicadas durante 20 a 25 minutos, foram adaptadas à condição de cada participante. Consistiram em dessensibilização vulvar, alongamento dos músculos do assoalho pélvico, liberação miofascial, manipulação do tecido conjuntivo e técnicas também foram aplicadas aos músculos do quadril e abdominais. O exercício do assoalho pélvico foi praticado por 20 minutos. O programa de exercícios domiciliares incorporou contrações do assoalho pélvico (5 vezes por semana) e exercícios de alongamento com dilatador e mobilização do tecido do vestíbulo (3 vezes por semana). O tratamento noturno com lidocaína tópica os participantes foram solicitados a aplicar uma quantidade abundante de pomada de lidocaína a 5% (50 mg/g, 35 g; Lidodan, Odan Laboratories Ltd, Canadá) na área do vestíbulo na hora de dormir. Também tiveram de colocar uma pequena gaze contendo pomada (do tamanho de uma bola	Cinesioterapia/ Dilatador/ Massoterapia.

CRY, M-P. et al (2021)	<p>de gude) na área de mudança do vestibulo com escala de mudança de melhora global do paciente, durante a noite por -8 horas, cada participante fez acompanhamento com ligações telefônicas semanais.</p> <p>A intervenção consistiu em 12 sessões individuais semanais sessões de 60 minutos o tratamento incorporou educação, exercícios musculares do assoalho pélvico com biofeedback eletromiográfico usando uma pequena sonda intravaginal, terapia manual e um programa de exercícios domiciliares. Também foram dados conselhos comportamentais vulvovaginais saudáveis, como o uso de lubrificantes vaginais e hidratantes. Além disso, o programa de exercícios domiciliares incluía exercícios para os músculos do assoalho pélvico, administrados 5 vezes/semana, e exercícios de inserção com o dedo ou dilatadores vaginais graduados, administrados 3 vezes/semana.</p>	Cinesioterapia/ Dilatador vaginal.
DO FORNO, F. et al (2021)	<p>O tônus dos músculos pubococcígeo e isquiococcígeo foram avaliados bilateralmente em repouso e durante a contração e relaxamento do assoalho pélvico. Depois do primeiro exame, as mulheres do grupo de estudo foram submetidas a cinco sessões individuais de fisioterapia do assoalho pélvico, de 30 minutos cada, na primeira, terceira, quinta, oitava e decima primeira. Em cada sessão, as mulheres foram submetidas a uma massagem Thiele, que consiste em pressão digital e posterior alongamento dos músculos para relaxá-los, restaurando o tônus normal do assoalho pélvico e a capacidade de coordenar o comportamento muscular.</p>	Cinesioterapia/ Massoterapia.
DEL FORNO, S. et al (2023)	<p>Cada paciente do grupo experimental recebeu informações sobre a anatomia e função do assoalho pélvico com auxílio de tabelas anatômicas antes do início da fisioterapia. Um fisioterapeuta com experiência em disfunção da musculatura do assoalho pélvico realizou uma avaliação do tônus durante o primeiro exame e acompanhamento após a ultrassonografia pélvica. O tônus dos músculos pubococcígeo e isquiococcígeo foi avaliado bilateralmente em repouso, durante a contração e relaxamento do assoalho pélvico. Após o primeiro exame, as mulheres foram submetidas a 5 sessões individuais de fisioterapia da musculatura do assoalho pélvico com duração de 30 minutos, na primeira, terceira, quinta e oitava semanas. Durante cada sessão consecutiva, as mulheres foram submetidas à massagem Thiele, uma intervenção terapêutica que envolve pressão digital e posterior alongamento dos músculos. Às mulheres do grupo controle seguiram o tratamento padrão sem receber sessões de fisioterapia do assoalho pélvico.</p>	Cinesioterapia/ Massoterapia.
MARRAU, L. et al (2023)	<p>A intervenção respiratória: Sobre o colchonete, em sedestação sobre um rolo, a participante é induzida a inspirar e expirar profunda e lentamente o ar, de forma rítmica, pelo tempo médio de 3 minutos. Percepção da região pélvica. Em sedestação em cadeira fixa, sobre um rolo feito com uma toalha, a participante é induzida a sobrepor a mão sobre a vulva e realizar contrações da musculatura do assoalho pélvico, durante a inspiração do ar, seguidas de relaxamento, durante a expiração (2 séries com 6 repetições). Em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos, a participante é induzida a manter a musculatura do assoalho pélvico contraída pelo tempo médio de 3 segundos e, em seguida, relaxá-la, de forma rítmica e constante (2 séries com 3 repetições). Em sedestação sobre miniboza texturizado, a participante é induzida a realizar a anteroversão, retroversão e lateralização dos quadris, bilateralmente (2 séries com 10 repetições).</p> <p>Mobilidade da região pélvica: Em sedestação em bola suíça, com os membros inferiores fletidos a 90 graus, a participante explorará a amplitude de movimento dos seus quadris durante a rotação da coluna, circundação e movimento do “infinito ou 8”, bilateralmente (1 série com 10 repetições). Em sedestação em cadeira fixa, de modo a promover apoio ao hemitórax, a participante é induzida a realizar o</p>	Cinesioterapia/ Educação sexual/ Massoterapia.

movimento de inclinação e declive dos quadris de forma unilateral, em ambos os lados, baseado no método Feldenkrais (2 séries com 8 repetições). Na posição de cócoras, a paciente é induzida a realizar o movimento de rotação medial do quadril, de forma alternada, bilateralmente (1 série com 10 repetições).

Força: Em posição ortostática, a paciente é induzida a realizar a contração sustentada máxima da musculatura do assoalho pélvico, sendo orientada a não contrair os músculos dos glúteos, abdômen e coxas, e em seguida relaxá-la (2 séries com 8 repetições). Em decúbito ventral, com membros inferiores levemente afastados e joelhos fletidos, na posição de quatro apoios, a paciente é induzida a realizar contrações seguidas de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, de forma rítmica e constante, com o uso da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer em 2 séries com 8 repetições. Em decúbito lateral, com um membro inferior sobreposto à maca e o outro em abdução, com os joelhos fletidos e os pés apoiados sobre a superfície, a paciente é induzida a realizar contrações da musculatura do assoalho pélvico seguidas de relaxamento, de forma rítmica e constante, com o uso da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer em 2 séries com 8 repetições. Em sedestação em cadeira fixa, a paciente é induzida a contrair a musculatura do assoalho pélvico em três tempos, com foco na contração de intensidade leve, média e forte, e a relaxá-la em seguida 3 séries com 9 repetições. Em decúbito dorsal, com membros inferiores levemente afastados e joelhos fletidos, a paciente é induzida a inspirar o ar, em seguida contrair a musculatura do assoalho pélvico de forma sustentada e relaxá-la após a expiração total do ar, com o uso da sonda uroginecológica New Pelvifit Trainer (2 séries com 8 repetições).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Diante do exposto foi possível identificar cinesioterapia, massoterapia, dilatadores, educação sexual, como recursos para o tratamento das disfunções sexuais e o recurso cinesioterapia, foi utilizado em todos os estudos, em seguida por massoterapia, em terceiro o dilatador, em consequente a educação sexual, em virtude que esses recursos obtiveram um quadro de melhora significativa na disfunções sexual dessas mulheres, levando em consideração os benefícios e os avanços realizados dentro da fisioterapia pélvica para tratar as disfunções sexuais.

Por meio da cinesioterapia no assoalho pélvico, inclui principalmente a realização dos exercícios de Kegel, que é uma abordagem para fortalecer a musculatura perineal e tratar a hipotonia do assoalho pélvico. Esse exercício tem como função fortalecer a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos. A cinesioterapia tem um papel crucial na rearmonização e reeducação da musculatura do assoalho pélvico. Essa técnica envolve contrações isoladas dos músculos do assoalho pélvico, juntamente com o posicionamento adequado da pelve e a respiração controlada. Diferentes posturas podem facilitar o recrutamento específico dos músculos, aumentando o controle e a consciência da mulher sobre essa região (Delgado et al., 2015).

A cinesioterapia visa melhorar a função sexual de modo: (1) fortalecimento muscular: Exercícios como os de Kegel fortalecem os músculos do assoalho pélvico, essenciais para a função sexual. (2) aumento da circulação sanguínea: A prática regular de exercícios físicos melhora a circulação sanguínea na região pélvica, o que pode aumentar a sensibilidade e a lubrificação natural, contribuindo para uma melhor resposta sexual. (3) controle muscular: O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico proporciona maior controle sobre esses músculos durante a atividade sexual, o que pode resultar em uma experiência mais prazerosa. (4) redução da dor: A cinesioterapia pode ajudar a aliviar a dor pélvica crônica e outras condições dolorosas que podem interferir na função sexual. (5) melhoria da confiança e bem-estar: A prática regular de exercícios pode melhorar a imagem corporal, aumentar a autoestima e reduzir o estresse e a ansiedade, todos fatores que podem influenciar positivamente a função sexual. (6) flexibilidade e mobilidade: Aumentar a flexibilidade e a mobilidade através da cinesioterapia pode permitir uma maior variedade de posições sexuais e melhorar o conforto durante a atividade sexual (Lisboa et al., 2015).

Um outro recurso utilizado para tratar as disfunções sexuais é a terapia manual e ela inclui massagem longitudinal, transversa e compressiva, exercícios terapêuticos, tração manual e manipulação de tecidos. A massagem é especialmente eficaz pois normaliza o tônus muscular através de ações reflexas e mecânicas, aumenta a circulação sanguínea, melhora a flexibilidade muscular e promove o fluxo linfático. A tração manual é utilizada para aliviar a dor, reduzir espasmos musculares e manter o alinhamento anatômico adequado. As manipulações de tecidos, por sua vez, envolvem o alongamento passivo de tecidos musculares para recuperar a amplitude de movimento. No tratamento de vaginismo e dispareunia, a fisioterapia recomenda exercícios de dessensibilização. Técnicas miofasciais, como digitopressão e deslizamento nos pontos-gatilho, são utilizadas para relaxar a musculatura do assoalho pélvico, facilitando a penetração e aliviando o desconforto (Delgado et al., 2015).

O dilatador vaginal, aparece em dois estudos como um recurso para tratar as disfunções sexuais. Eles são feitos de silicone ou borracha, possuem diâmetros diferentes e inicialmente pequenos, aumentando de tamanho conforme a tolerância da mulher evolui. Esta técnica proporciona alongamento da musculatura do assoalho pélvico, cooperando para a melhora do caso ao diminuir a sensibilidade à penetração e beneficiar a percepção da musculatura do assoalho pélvico. Isso permite um melhor controle e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico (Silva et al., 2022).

A Comunicação e a conscientização sobre o próprio corpo por parte das mulheres ainda são limitadas, o que favorece o surgimento de diversas disfunções sexuais femininas. Um

estudo realizado com 155 acadêmicas de um curso da área da saúde revelou uma prevalência de disfunção sexual feminina em 52,9% delas. Esse dado mostra que, embora o conhecimento anatômico e fisiológico do corpo humano seja importante para a manutenção da função sexual feminina, ele, por si só, não é suficiente para evitar essas disfunções. A educação sexual, quando associada a recursos manuais e cinesioterapêuticos, pode aprimorar significativamente o tratamento fisioterapêutico, visando na melhora da conscientização corporal e na disfunção sexual feminina (Marrau et al., 2023).

Na tabela 5, apresenta os instrumentos de avaliação que a fisioterapia dispõe para identificar disfunções e o impacto do tratamento nos pacientes.

Tabela 5 - Estratégia de avaliação das disfunções e o impacto.

AUTOR E O ANO	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	IMPACTO DO TRATAMENTO NOS PACIENTES
PEREIRA, F. S. et al (2020)	Para a avaliação inicial e final da função sexual, foi utilizado o questionário índice de função sexual feminina.	Ao comparar os valores da interferência da dispareunia na qualidade de vida das pacientes antes e após o teste, observa-se que houve uma redução em ambos os grupos, indicando uma melhora na qualidade de vida das mulheres. Comparando os grupos, notou-se que o GI ($1,5 \pm 1,6$) apresentou um valor significativamente melhor que o GC ($6,9 \pm 3,0$), com uma diferença média de 5,4 e um intervalo de confiança de 95% entre 2,38 e 8,42. O D de Cohen foi de 1,95, refletindo um alto impacto do tratamento do assoalho pélvico na qualidade de vida das mulheres com sintomas de dispareunia.
MORIN, M. et al (2020)	Foi utilizado a escala Índice da Função Sexual Feminina (IFSF).	A dor durante a relação sexual diminuiu significativamente desde o início até o pós tratamento e os resultados foram mantidos no acompanhamento de 6 meses, sugerindo que ambos os tratamentos foram bem-sucedidos no alívio da dor. No entanto, a fisioterapia provou ser significativamente mais eficaz. Este resultado é consistente com os de pequenos estudos anteriores não randomizados ou piloto, sugerindo redução significativa da dor após fisioterapia
CRY, M-P. et al (2021)	Foi utilizado a escala de sofrimento sexual feminino revisada (FSDS-R) de 13 itens foi usada para avaliar o sofrimento sexual (pontuação total variando de 0 a 52).	Os participantes com dispareunia após o tratamento para doenças malignas ginecológicas, melhoraram significativamente em todos os resultados psicossociais do pré ao pós-tratamento, conforme medido com os valores da pontuação total dos questionários. Mudanças com tamanhos de efeito grandes foram encontradas para todas as pontuações totais, exceto os sintomas depressivos, que foram de tamanho médio. As mulheres relataram uma redução no sofrimento sexual e 22/30 (73%) experimentaram uma alteração clinicamente significativa.

DO FORNO, F. et al (2021)	Utilizou-se uma escala numérica de classificação (NRS) de 0 (sem dor) a 10 (pior dor)	Os pacientes no braço fisioterapia do assoalho pélvico, apresentaram uma alteração percentual maior na área hiatal do levantador do ânus na manobra de Valsalva máxima do que os controles, refletindo uma melhora no relaxamento do assoalho pélvico após o tratamento. Além disso, as mulheres que participaram de sessões de fisioterapia do assoalho pélvico, apresentaram melhora na dispareunia superficial e na polineuropatia no paciente crítico em comparação aos controles.
DEL FORNO, S. et al (2023)	Utilizou-se o questionário de Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) para avaliar a função sexual feminina.	Com relação à função sexual, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos experimental e controle do primeiro para o segundo exame no domínio dor do questionário FSFI. Esse achado foi surpreendente, especialmente considerando a melhora significativa na pontuação da escala numérica (NRS) da dispareunia superficial encontrada nas mulheres do grupo experimental no segundo exame.
MARRAU, L. et al (2023)	Foi utilizado a escala Índice da Função Sexual Feminina (IFSF).	Os resultados desta pesquisa apresentaram-se em consonância com o desfecho de um estudo que demonstrou que a cinesioterapia aplicada à musculatura do assoalho pélvico foi benéfica ao aumento da força muscular, da frequência do orgasmo e da vascularização da região pélvica, fatores contribuintes para a lubrificação e excitação feminina. Durante a intervenção, as pacientes relataram aumento da lubrificação e episódios de orgasmo com maior regularidade.

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Percebe-se que em quase todos os estudos utilizaram a escala (FSFI), como recurso de avaliar a disfunção sexual, comprovando a eficácia e confiabilidade dela para avaliar melhor a função sexual.

O Female Sexual Function Index foi elaborado por um grupo multidisciplinar de estudiosos da disfunção sexual feminina. É um questionário composto por 19 itens que avaliam seis domínios da função sexual feminina: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Esses domínios são baseados na classificação de disfunção sexual feminina da American Foundation for Urologic Disease (AFUD). Com subdivisões dos domínios: a excitação é subdividida em dois domínios separados, na lubrificação (quatro itens): avalia componentes periféricos, excitação propriamente dita (quatro itens): avalia componentes centrais, como excitação subjetiva e desejo. Essa subdivisão permite uma avaliação mais detalhada, distinguindo entre os aspectos periféricos (lubrificação) e centrais (excitação subjetiva e desejo) da função sexual feminina. O FSFI é fácil de administrar e analisar, sendo um questionário de autorrespostas composto por uma escala algorítmica que pode avaliar cada domínio separadamente ou toda a composição global (Lima et al., 2010).

Para cada questão do instrumento, as respostas são pontuadas de 0 a 5. A pontuação reflete a presença da função questionada, com 0 indicando ausência total e 5 indicando presença máxima da função. A exceção são as questões relacionadas à dor, onde a pontuação é invertida: 0 indica ausência de dor e 5 indica a presença máxima de dor. O escore total do instrumento é calculado somando os escores de cada domínio. Cada domínio tem um fator de multiplicação específico que ajusta sua influência no escore total. Isso é feito para homogeneizar a contribuição de cada domínio, garantindo que nenhum domínio tenha um peso desproporcional no resultado. O escore total permite classificar os indivíduos de acordo com o risco de disfunção sexual. Um ponto de corte (definido como 26 para a população de origem do instrumento) é usado para discriminar entre populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual (Pacagnella et al., 2009).

A Escala Numeral Analógica (NRS). Ela evoluiu como uma ferramenta clínica a partir das décadas de 1970 e 1980, como parte do esforço contínuo da comunidade médica para melhorar a avaliação subjetiva da dor. A NRS é uma adaptação de escalas de avaliação da dor, como a Escala Visual Analógica (VAS), que foi desenvolvida para fornecer uma medida mais simples e prática para uso em diversos contextos clínicos. Portanto, é um método simples e eficaz de avaliar a intensidade da dor segundo a perspectiva do próprio paciente. É amplamente utilizada para a avaliação destes sintomas, seja em um contexto de doença ou em pesquisas que envolvem a responsividade a tratamentos. O paciente é informado sobre a escala, que geralmente varia de 0 a 10. O número 0 indica "sem dor" e o número 10 representa "a pior dor", é solicitado a avaliar a sua dor atual atribuindo um número que represente a intensidade da dor que está sentindo no momento. O valor fornecido pelo paciente é registrado. Este número é utilizado para monitorar a dor ao longo do tempo e para avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas (Fernandes et al., 2007).

CONCLUSÃO

A fisioterapia atua nas disfunções sexuais femininas através da cinesioterapia, massoterapia, dilatadores sexuais, e educação sexual para melhorar a sintomatologia nessas pacientes, uma vez que o fisioterapeuta tem função principalmente de orientar na educação sexual e melhorar a ativação dos MAP.

Dentre as principais disfunções sexuais relatadas, o nosso estudo evidenciou: a dispareunia, como a mais recorrente. Ela se caracteriza como dor antes, durante ou após a relação sexual. Além da dispareunia também foram identificadas a vestibulodinia, e a anorgasmia.

Os recursos que a fisioterapia utiliza para tratar essas disfunções, registrada em nosso estudo foram: eletroterapia, cinesioterapia técnicas manuais e dilatadores vaginais. sendo a cinesioterapia e a massagem os recursos que mais utilizados.

Os instrumentos que foram utilizados para investigar tais disfunções, podemos destacar a grande maioria sendo questionários. o questionário de índice de função sexual feminina (FSFI) foi o mais utilizado seguido da escala numérica de classificação (NRS).

De acordo com os estudos revisados podemos concluir que a fisioterapia teve um resultado positivo no tratamento das disfunções sexuais, promovendo principalmente alívio da dor durante a relação sexual e melhora na qualidade de vida destas pacientes.

Porém são necessários mais estudos sobre as disfunções sexuais e o papel da fisioterapia, a fim de construir evidências robustas acerca da atuação da fisioterapia norteando os fisioterapeutas bem como outros profissionais da saúde para boas práticas em saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, p. 162-167, 2006.
- BARROS, N. M. R. et al. Atuação da fisioterapia na disfunção sexual: vaginismo. In A necessidade da prática multidisciplinar em saúde. **Anais do primeiro congresso nacional de saúde multidisciplinar**. Pascal, 2023. p. 47-54.
- BORN, L. P. S. D.; STEINER, M. S. C. N. Trauma e o ciclo reprodutivo feminino.
- BRASIL, A. P. A.; ABDO, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 21, n. 2, p. 89-92, 2016.
- CAMPOS, P. M. et al. O USO DA MASSOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Em: **Práticas Integrativas e Complementares: visão holística e multidisciplinar - Volume 3**. [s.l.] Editora Científica Digital, 2023. p. 43-51.
- CAMPOS, Paola Melo. O uso de aromaterapia, cromoterapia e massoterapia no trabalho de parto: uma revisão integrativa. 2020.
- CARVALHO, Kevelin Fioravante de; PEREIRA, Yasmin Beatriz. A massagem perineal como tratamento do transtorno da dor gênito-pelvica em mulheres: uma revisão sistemática 2022.
- CAVALHEIRA, A. A.; GOMES, F. A. A disfunção sexual na mulher. **Manual de ginecologia**, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia, p. 119-134, 2011.
- DE CASTRO, K. M. S. Fisioterapia na disfunção sexual feminina: uma revisão. Rio Verde, 2020.
- DE SOUSA, Clorismar Bezerra; DE SOUZA, Vilmaci Santos; FIGUEREDO, Rogério Carvalho. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. **Multidebates**, v. 4, n. 2, p. 176-188, 2020.
- DELGADO, Alexandre Magno, FERREIRA, Isaldes Stefano Vieira, SOUSA, Mabel Araújo de. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. Ano 4, n° 1, p. 47-56, out. 2014/ jan. 2015.
- DO CARMO MATTHES, Angelo. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 30, n. 1, 2019.
- FERNANDES, Paulo Magalhães et al. Dores na coluna: avaliação em pacientes com hipertrofia mamária. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, p. 227-230, 2007.

- FERREIRA, A. L. C. G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Feminina**, v. 35, n. 11, p. 689-695, nov. 2007.
- FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmita Helena Najjar. Excitação sexual feminina subjetiva. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 23, n. 2, p. 66-69, 2018.
- HAISCH, J. D. F. O orgasmo feminino no universo da sexualidade e seus benefícios à saúde da mulher. **Associação Brasileira de Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 48-57, jul. 2022.
- HRELIC, D. A.; CERA, E. M.; SACCOMANO, S. J. Dispareunia: etiologia, apresentação e manejo. **The Nurse Practitioner**, v. 48, n. 11, p. 27-34, nov. 2023.
- LIMA, R. G. R. et al. Tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais dolorosos femininos: revisão narrativa. *Revista eletrônica da Estácio Recife*, v. 2, n. 1, 2017.
- LISBOA, Lilian Lira et al. Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, p. 209-215, 2015.
- LOFLIN, B. J.; WESTMORELAND, K.; WILLIAMS, N. T. Vulvodínia: uma revisão de literatura. **J Pharm Tecnologia**, v. 35, n. 1, p. 11-24, fev. 2019.
- MADEIRA, F. F. S. Fisioterapia aplicada à dor gênito-pélvica. In MATIELLO, A. A.; MADEIRA, F. F. S.; VASCONCELOS, G. S. et al. **Fisioterapia urológica e ginecológica**. Porto Alegre: Sagah, 2021, p. 127-146.
- MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Rev. Ciên. Méd.**, Campinas, v. 17, n. 3-6, p. 175-183, mai./dez. 2008.
- MARQUI, Alessandra B.; SILVA, Maria Paula C.; IRIE, Gabriela RF. Disfunção sexual em endometriose: uma revisão sistemática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, p. 478-490, 2015.
- MARRAUI, Laura; SANTOS, Thaynah Leticia Silva dos; ROCHA, Simone Aparecida Vieira. Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso. **Femina**, p. 443-448, 2023.
- MATTHES, Ana Laura Boaventura et al. Endometriose-uma revisão abrangente sobre patogenia e epidemiologia, investigação diagnóstica, abordagem clínica e cirúrgica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 2, p. e68595-e68595, 2024.
- MENDONÇA, C. R. et al. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Feminina**, v. 40, n. 4, jul./ago. 2012.
- MONTEIRO, Marilene Vale de Castro et al. Vulvodínia: diagnóstico e tratamento. **Femina**, p. 71-75, 2015.

- MORAES, A. A. O. L. O impacto do desejo sexual hipoativo em mulheres. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v. 2, n. 2, 2013.
- ORSO, S. S. B. S. **Transtorno do Orgasmo Feminino Sob a Perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental**. 2022. 52f. Monografia (Bacharel em Psicologia) – Centro Universitário FAEMA, Aquimenes, 2022.
- PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho; MARTINEZ, Edson Zangiacomi; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2333-2344, 2009.
- PADOA, A. et al. O assoalho pélvico hiperativo (FPO) e a disfunção sexual" Parte 1: Fisiopatologia do FPO e seu impacto na resposta sexual. **Sexo Médico Rev.**, v. 9, n. 1, p. 64-75, jan. 2021.
- PEREIRA, V. M.; SILVA, A. C. O.; NARDI, A. E. Transtorno da excitação genital persistente: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 223-232, 2010.
- PINTO NETO, Aarão Mendes; VALADARES, Ana Lúcia Ribeiro; COSTA-PAIVA, Lúcia. Climatério e sexualidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, p. 93-96, 2013.
- REED, M. A. Disfunção Sexual Feminina. **Clin Plast Surg**, v. 49, n. 4, p. 495-504, out. 2022. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, 2023.
- Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2005.
- RIBEIRO, C. S.; BARETTA, M. F.; SOUSA, T. R. A importância da intervenção fisioterapêutica no vaginismo: uma revisão sistemática. **Feminina**, v. 50, n. 9, p. 549- 555, 2022.
- RODRIGUES, Claudia Fernandez; MARQUES, Florence Zanchetta Coelho. Sexualidade na mulher com câncer. **Acta méd. (Porto Alegre)**, p. 416-424, 2018.
- SANTOS, E. G. D. **Atuação da Fisioterapia nas Disfunções Sexuais Femininas: vaginismo e dispareunia**. 2021. 68f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Centro Universitário AGES, Paripiranga, 2021.
- SILVA, B. F., ARAGÃO, F. J., & PAVIE, M. C. **FISIOTERAPIA PÉLVICA NO TRATAMENTO DA VULVODÍNIA**. Disponível em: <<https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/mp69/SILVA-bruna-farias-ARAGAO-flavia-de-jesus-PAVIE-maria-clara.pdf>>. Acesso em: 10 maio. 2024.
- SILVA, Bruna Michelin. Orgasmo feminino: Influência fisiológica e comportamental. **Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade**

de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. Retirado de <https://repositorio.usp.br/directbitstream/b1cb9e6d-ec88-4215-8913-0534bf270040/3050130.pdf>, 2019.

SILVA, V. B. D. et al. Qualidade da atividade sexual em acadêmicos de medicina.

TOMEN, A. et al. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo.

Rev. Ciênc. Méd., Campinas, v. 24, n. 3, p. 121-130, set./dez. 2015.

VIEIRA, Jhade Leão. Fisioterapia na dispareunia. 2022.

ZHI, Z. F. C. K. Z. Consenso de especialistas chineses sobre diagnóstico e tratamento da disfunção sexual feminina. **Prime**, v. 58, n. 9, p. 641-649, set. 2023.