



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ERICLÉIA RODRIGUES SOARES

**DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA:
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DISPAREUNIA**

ARIQUEMES-RO

2013

Ericléia Rodrigues Soares

**DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: TRATAMENTO
FISIOTERAPÊUTICO NA DISPAREUNIA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Fisioterapia.

Prof^o Orientador: Esp. Alessandro Augusto Franco de Souza

Ericléia Rodrigues Soares

**DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA:
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DISPAREUNIA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharelado em Fisioterapia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº Orientador: Esp. Alessandro Augusto de Franco Souza.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA.

Profº. Dário Messias de Souza
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA.

Prof.^a Simone Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 02 de Julho de 2013

Primeiramente a Deus, por ter me conduzido nesses quatro anos e meio, nos meus momentos de angustias e fraquezas.

Meus pais por terem confiado em mim e em minha capacidade de alcançar os objetivos que sempre sonhamos juntos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me guiar durante esta longa caminhada, pois ele me fez forte nos momentos difíceis para que eu nunca desistisse dos meus sonhos.

Aos meus pais **Abrão Rodrigues Soares** e **Oldey Aparecida Soares** que não se contentaram em me dar apenas à vida, mas me ensinaram a escolher entre o certo e o errado, me compreenderam nas horas difíceis, deixaram de viver seus sonhos para vivenciarem os meus, me ajudando a trilhar um caminho com muito amor e carinho. E se estou aqui hoje é porque desde que nasci vocês foram meus primeiros professores que me ensinaram e me moldaram para ser uma pessoa honesta e guerreira. Pai, mãe não tenho palavras para agradecer a confiança que depositaram em mim e o amor que sempre me acobertou diante de todas as minhas batalhas. Amor eterno.

Meus irmãos **Érico Rodrigues** e **Erival Rodrigues**, que talvez não façam ideia do quanto são importantes na minha vida. Obrigado por terem todo esse tempo dado apoio para eu chegar onde estou. Agradeço pelos ciúmes que tinham de mim, sempre me protegendo e me guiando para o caminho certo.

Meu namorado **Luciney José**, que soube compreender minha ausência durante todo esse tempo, sempre me apoiou e me deu forças para continuar nos momentos em que pensava em desistir. Obrigado por fazer minha vida se tornar mais feliz a cada dia. Eu te amo.

Meus avôs **Ana Coelho** e **Francisco Luiz** que de uma forma especial me colocaram em suas rezas e orações para que meus objetivos fossem alcançados. Obrigado pelo carinho e amor que sempre me trataram.

Agradeço as minhas amadas amigas **Liliane Montes**, **Vanessa Lana**, **Vanessa Ayumi** e meu amigo **Luciano Portugal** por tornar esses quatro anos e meio uma das melhores fazes da minha vida, forem tantos momentos compartilhados, passamos por felicidades, tristezas, e sempre com todas as dificuldades permanecemos juntos entendendo uns aos outros e vencendo os obstáculos. Obrigado

Em especial quero agradecer minha amiga **Aline Ramos**, que foi mais que uma amiga, uma irmã, quantas vezes me viu em momentos difíceis e soube me aconselhar. Obrigado

Meu orientador **Alessandro Augusto Franco de Souza**, que me amparou no momento certo para que meu trabalho tivesse continuidade, pois sem a sua ajuda o caminho trilhado seria muito mais difícil. Obrigado.

Aos professores que desde o início de minha formação me mostrou o caminho a ser seguido, com ética e responsabilidade, em especial ao professor **Dário Messias de Souza** que nos momentos difíceis se dispôs do seu tempo para auxiliar na construção do meu trabalho.

A todos que não foram citados aqui, mas não menos importantes que de forma direta ou indiretamente contribuíram para minha formação. Hoje sou o fruto da confiança que cada um de vocês depositou em mim.

... A ausência do prazer sexual e amoroso constitui uma privação que afeta a qualidade de vida e empobrece as experiências vitais tanto de beleza, valor estético e transcendência...

Maria Londonõ, 1996

RESUMO

Dispareunia é o termo utilizado para referir dor na região vaginal, agregada a penetração, podendo ser recorrente ou persistente, ocasionando muitas dificuldades na vida pessoal e íntima da mulher. O tema proposto neste trabalho de conclusão de curso é de extrema relevância visto que em estudo realizados em 3148 mulheres no Brasil, revelou que 51% apresentavam alguma disfunção sexual. Para compreender estas disfunções sexuais e particularmente a Dispareunia temos que entender primariamente a sexualidade e seus padrões de normalidades, para isto, é preciso saber as fases da resposta sexual, que foi conceituada primeiramente em quatro fases denominadas de EPOR (excitação, platô, orgasmo e resolução), nos dias atuais consideram-se apenas três fases que foram intituladas de desejo, excitação e orgasmo. As disfunções sexuais femininas (DSFs) referem-se ao transtorno de apresentar ou sustentar cada uma das etapas da resposta sexual. Como hoje em dia a sexualidade é uma das formas de manter a qualidade de vida, estas disfunções estão sendo melhores avaliadas e tratadas. As DSFs podem ser ocasionadas por distúrbios biológicos, intrapsíquicos ou conflitos de caráter pessoal podendo ter a associação dos três fatores juntos. Sendo que a parte sexual feminina pode ter prejuízo quando a mesma apresentar problemas emocionais, estresse e falta de informação da fisiologia sexual. Considera-se de extrema valia para o processo fisioterapêutico de tratamento o conhecimento corporal, principalmente em relação à morfologia e a funcionalidade dos órgãos que o compõem; visto que as respostas dos estímulos cinesioterápicos estão intimamente ligadas a estes componentes e as técnicas empregadas.

Palavras-chave: Sexualidade, Dispareunia, Fisioterapia.

ABSTRACT

Dyspareunia is the term used to refer pain in the vaginal area, joined the penetration, could be appealing or persistent, causing a lot of difficulties in the personal life and it summons of the woman. The theme proposed in this work of course conclusion is of extreme relevance sees that accomplished in 3148 women in Brazil in study, he/she revealed that 51% presented some sexual dysfunction. To understand these sexual dysfunctions and particularly Dyspareunia have to understand the sexuality and their patterns of normalities primarily, for this, it is necessary to know the phases of the sexual answer, that it was considered firstly in four denominated phases of EPOR (excitement, plateau, orgasm and resolution), in the current days they are considered only three phases that were entitled of desire, excitement and orgasm. The feminine sexual dysfunctions (DSFs) they refer to the upset of to present or to sustain each one of the stages of the sexual answer. I eat the sexuality nowadays is one in the ways of maintaining the life quality, these dysfunctions are being better appraised and treated. DSFs can be caused by biological disturbances, intrapsíquicos or conflicts of personal character could have the association of the three together factors. And the feminine sexual part can have damage when the same presents emotional problems, stress and lack of information of the sexual physiology. He/she is considered of extreme value for the process treatment fisioterapêutico the corporal knowledge, mainly in relation to the morphology and the functionality of the organs that compose him/it; because the answers of the incentives cinesioterápicos are intimately linked to these components and the employed techniques.

Keywords: Sexuality, Dyspareunia, Physiotherapy.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Parte óssea da pelve..... | 17 |
| Figura 2 – Anatomia externa do aparelho reprodutor feminino | 18 |
| Figura 3 –Representação do útero, ovário e trompas uterinas..... | 19 |
| Figura 4 –Teste Biodigital do assoalho pélvico | 30 |
| Figura 5 – Cones vaginais..... | 32 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---------------------------------------|
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| DECS | Descritores em Saúde |
| DSFs | Disfunções Sexuais Femininas |
| EPOR | Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução |
| FAEMA | Faculdade de Educação e Meio Ambiente |
| G | Gramma |
| HFE | Hormônio Folículo Estimulante |
| HL | Hormônio Luteinizante |
| M | Músculo |
| SCIELO | Scientific Electronic Library Online |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS..... | 15 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 15 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 15 |
| 3 METODOLOGIA | 16 |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 4.1 ANATOMIA DO ÓRGÃO SEXUAL FEMININO | 17 |
| 4.1.1 Órgãos externos..... | 17 |
| 4.1.2 Órgãos internos... .. | 19 |
| 4.1.3 Músculos do períneo | 21 |
| 4.2 NOÇÕES SOBRE SEXUALIDADE | 22 |
| 4.3 CONDIÇÕES FISIOLÓGICAS DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA | 23 |
| 4.4 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA | 25 |
| 4.4.1 Tipos de disfunções sexuais..... | 26 |
| 4.4.2 Dispareunia feminina | 26 |
| 4.4.3 Dispareunia em mulheres durante o climatério/menopausa..... | 27 |
| 4.4.4 Incidência..... | 28 |
| 4.5 TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO DA DISPAREUNIA..... | 29 |
| 4.5.1 Cinesioterapia no tratamento da dispareunia..... | 31 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS..... | 35 |

INTRODUÇÃO

O sexo antigamente era relacionado simplesmente como um fator ligado a reprodução, pois não eram permitido as mulheres sentir prazer, uma vez que, perante a sociedade, tal sentimento era considerado um ato impuro. Atualmente o sexo é fundamental na vida das pessoas, não podendo ser mais vinculado somente a reprodução, pois o prazer feminino independe de tal ato. (GOZZO et al., 2000).

O primeiro modelo mais descritivo de resposta sexual foi realizado em 1966 pelo casal Master e Johnson que, intitularam tal modelo de: EPOR (excitação, platô, orgasmo e resolução). A primeira fase pode ser compreendida no momento em que a pessoa apresenta mudanças em sua frequência cardíaca, respiratória e na pressão arterial, entre outros. Neste momento as terminações nervosas parassimpáticas liberam na região genital a acetilcolina, peptídeos vasodilatadores, desencadeando assim uma dilatação e congestão venosa, conseqüentemente levando a ereção do clitóris e a turgescência dos pequenos lábios. (CABRAL; FARIA, 2007).

Segundo Lazzarini e Carvalho (2009), as disfunções sexuais são caracterizadas pela falta, excesso ou desconforto apresentado em uma das fases de resposta sexual feminina. Em conformidade Mendonça e Amaral (2011), concluíram que, a disfunção sexual feminina é determinada por uma alteração relacionada ao desejo sexual, excitabilidade e também a qualquer dor durante o ato sexual.

As disfunções sexuais femininas podem ser desencadeadas por múltiplos fatores, entre eles, os mais citados são: os estados depressivos, distúrbios psíquicos, como o estresse durante jornadas longas de trabalho, experiências traumáticas de relações sexuais entre outras. Tais fatos podem causar um grande impacto negativo na vida sexual da mulher. Patologias como: diabetes, hiperprolactinemia e hipertireoidismo, também podem estar relacionadas com possíveis disfunções sexuais. (BUCKSTEGGE et al., 2009).

A dispareunia é o termo utilizado para referir dor na região vaginal, agregada a penetração, pode se apresentar nas formas recorrente ou persistente, ocasionando muitas dificuldades na vida pessoal e íntima da mulher (CARVALHEIRA e GOMES, 2011). Em conformidade Etienne e Waitman (2009)

relatam em seu estudo que, a dispareunia é uma dor recorrente ou persistente durante ou depois da relação sexual.

É de fundamental importância que o profissional fisioterapeuta que atua diretamente na reabilitação perineal tenha conhecimento técnico e científico das estruturas que envolvem o assoalho pélvico, pois tais conhecimentos são fundamentais ao ensino dos exercícios específicos no processo de reabilitação. Mediante a isto, é fundamental o domínio de tais informações para a promoção de segurança e qualidade do atendimento, podendo assim explanar de forma segura para o público alvo as informações necessárias, sanando eventuais dúvidas que possam haver, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas. (SOUZA; LOTTI; REIS, 2012).

Segundo Antonioli e Simões (2009), para realizar o tratamento fisioterapêutico é preciso realizar uma ampla avaliação com uma abordagem multidisciplinar, momento este que, a equipe, em posse das informações, tome conhecimento dos problemas enfrentados pela mulher independente de fatores como crenças, idade, experiências sexuais, tabus e princípios morais. Mediante a isto o tratamento cinesioterápico já pode ser indicado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a disfunção sexual feminina e a influência do tratamento cinesioterapêutico na dispareunia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir as principais estruturas músculo esqueléticas e sua fisiologia;
- Apresentar algumas noções sobre a sexualidade feminina e suas peculiaridades;
- Descrever as principais disfunções sexuais femininas com enfoque na dispareunia durante o processo do climatério/menopausa;
- Explanar sobre a importância de medidas fisioterapêuticas para o tratamento da dispareunia feminina.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica do tipo exploratório descritivo transversal, através de levantamento documental científico atual sobre as disfunções sexuais femininas dando se ênfase a Dispareunia e o tratamento fisioterapêutico para esta disfunção.

Como estratégias para a busca de referencial bibliográfico foram utilizados artigos e livros disponíveis em plataformas indexadas digitais da biblioteca virtual em saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico, da Biblioteca Júlio Bordignon, pertencente à Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) Ariquemes-RO e de acervo pessoal, em português e inglês e utilizou-se os

Descritores Controlados em Ciência da Saúde (DECS): Sexualidade/Sexuality, Dispareunia/Dyspareunia, Fisioterapia/ Physiotherapy.

E imprescindível destacar que na busca pelos artigos científicos considerou-se os seguintes fatores de inclusão: ano de publicação no período de 2000 a 2012, literaturas consideradas clássicas; também não foi feita distinção de gênero nos sujeitos utilizados nas pesquisas dos artigos, e como critério de exclusão artigos que não estivessem indexados nas plataformas acima supracitadas e que não se atende os critérios de inclusão.

Sendo assim, neste estudo foram utilizados um total de 40 referências, sendo que 32 foram retiradas a partir de artigos científicos, somente 7 de livros disponíveis na Biblioteca Julio Bordignon, pertencente à Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) Ariquemes-RO e 01 de acervo pessoal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ANATOMIA DO ÓRGÃO SEXUAL FEMININO

Segundo Peloso Júnior e Garbellotti Júnior (2009), a pelve é composta por dois ossos do quadril juntamente com os ossos sacro e cóccix, compondo a porção inferior do tronco, sendo que a mesma fica entre ele e os membros inferiores. A proteção dos órgãos pélvicos é a principal função da pelve, é nela que se faz a transmissão do peso do tronco para os membros inferiores quando se esta em posição ortostática. Os ossos do quadril e o musculo obturador interno faz a restrição da cavidade pélvica anteriormente e lateralmente; na parte posterior é o sacro juntamente com o cóccix, ligamentos sacroespinal e sacrotuberal; na porção inferior é realizada pelo diafragma da pelve.

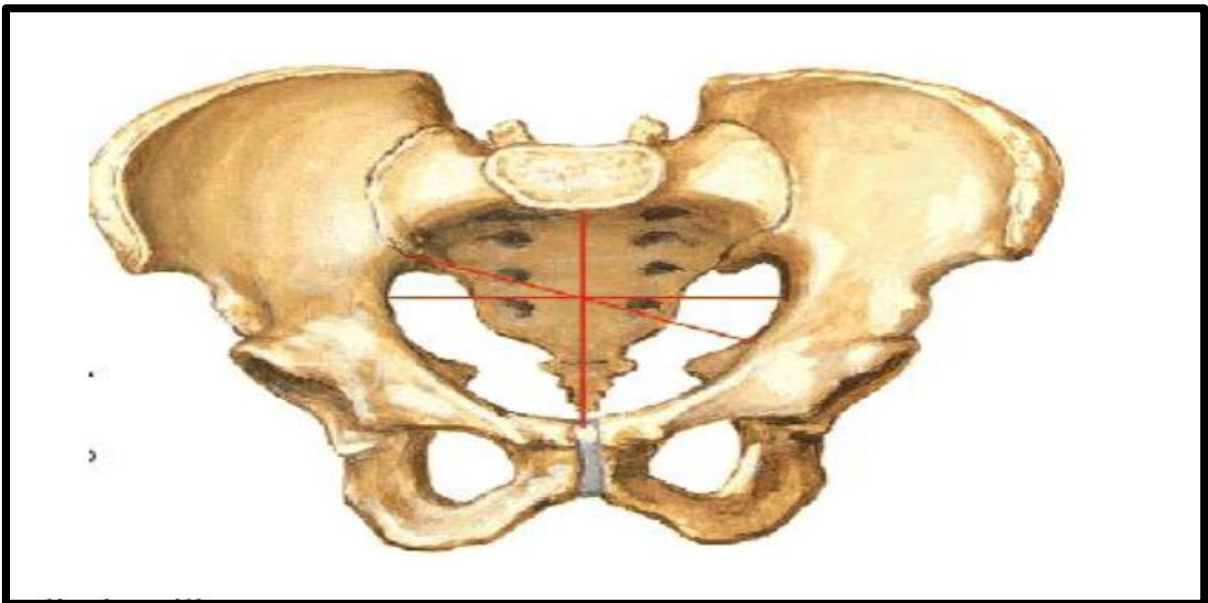


Figura 1 - Parte óssea da pelve
Fonte: LUNIERES; MEJIA, 2012

4.1.1 Órgãos Externos

A parte da genitália externa feminina se estende do púbis ate o períneo, sendo a mesma constituída pelas estruturas monte púbica ou também conhecida como monte de Vênus, que é conhecido por ter uma elevação mediana constituída por tecido adiposo. Os grandes lábios que se posicionam na região anterior à sínfise

púbica, se estendendo pelo monte púbico, onde apresentam um coxim gorduroso em suas pregas protuberantes de pele, juntamente com glândulas sebáceas. (BARACHO; LOTTI; REIS, 2007).

Os pequenos lábios se localizam no interior dos grandes lábios, onde apresentam duas pregas pequenas e finas de tecido que são unidas ao clitóris, possuem muitas veias dentro da fenda pudenda. (BARACHO; LOTTI; REIS, 2007).

O clitóris é um órgão erétil, que trabalha para a mulher como o centro nervoso da cúpula, ou seja, ele está ligado diretamente com a excitabilidade feminina, o mesmo se localiza na região posterior à sínfise púbica. Tem em média de 2 a 3 centímetros de comprimento, apresentando dois segmentos cavernosos que se fixam ao ísquio e ao púbis, além disso, eles se unem formando o corpo, e por fim tem a uma dilatação que é chamada de glândula sendo a única visível externamente. (SOUZA; LOTTI; REIS, 2012; REZENDO FILHO; MONTENEGRO, 2011).

De acordo com Rezendo Filho (2011), o vestíbulo é uma estrutura localizada internamente em comparação aos pequenos lábios, que vai desde o clitóris até a borda posterior do hímen. E nele que se situa as aberturas do meato uretral, vagina, glândulas de Bartholin e Skene.

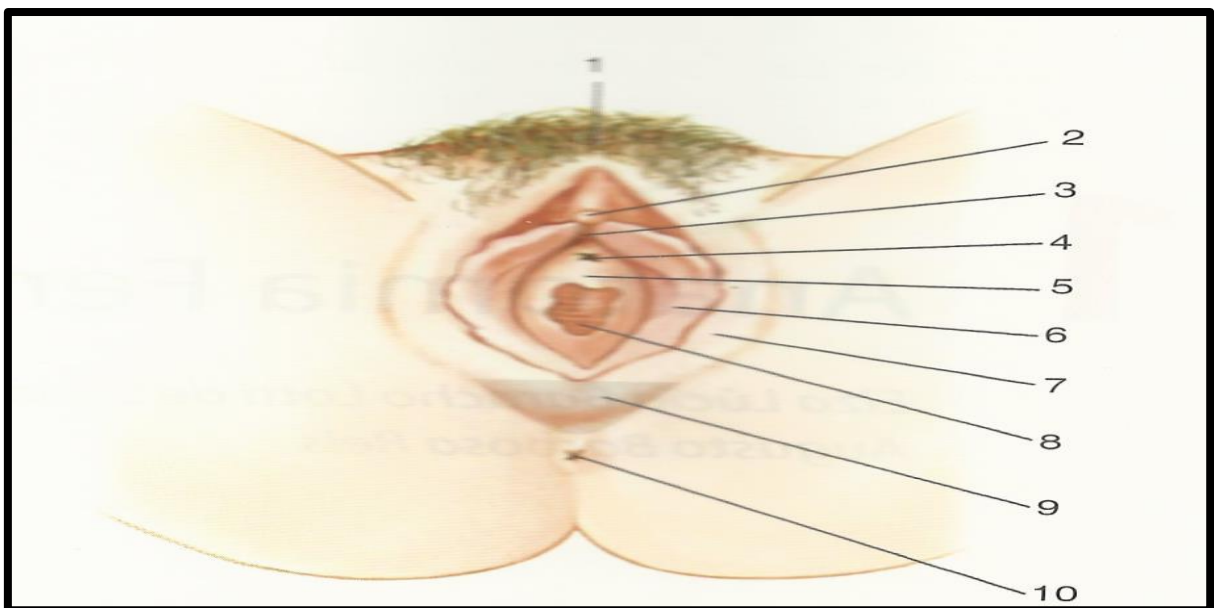


Figura 2 – Anatomia externa do aparelho reprodutor feminino
Fonte: SOUZA; LOTTI; REIS, 2012

4.1.2 Órgãos Internos

A vagina é um órgão fibromuscular que se posiciona entre a bexiga urinária e a uretra na parte anterior e entre o reto e canal anal na porção posterior, a mesma possui cerca de 7,5 a 9 centímetros de comprimento. É um órgão sexual da mulher, onde sua musculatura por ser elástica tem a capacidade de aumentar de espessura, sendo sua irrigação feita através das artérias uterina e vaginal que são ramos da artéria ilíaca interna. (AMBRÓSIO, 1998; SOUZA; LOTTI; REIS, 2012).

Segundo Ambrósio (1998), o útero apresenta a forma de pera, sendo um aparelho ímpar, oco, que possui paredes musculares espessas e contráteis, o mesmo pesa cerca de 30 a 40g, tem aproximadamente 7,5 a 8 centímetros de comprimento e mais ou menos 2 a 2,5cm de espessura. Ele é sustentado em sua posição pelo ligamento largo do útero, ligamento redondo do útero e o ligamento cardinal. Sua forma, dimensão, localização e espessura vão variar de acordo com a idade, gravidez e ciclo menstrual de cada mulher.

Os ovários são órgãos que ficam posicionados na parede lateral da pelve, mas precisamente na fossa ovárica, são produtores dos óvulos e liberam estrogênio ou hormônio folicular, progesterona e no período gravídico a relaxina. As trompas uterinas são formadas por dois tubos que ficam entre o útero e os ovários fazendo a ligação entre eles que possuem aproximadamente 10 centímetros de comprimento, tem o papel de captar e transportar o óvulo em direção ao útero, carregar o espermatozoide no sentido útero-ovário, entre outras funções. (SOUZA; LOTTI; REIS, 2012).

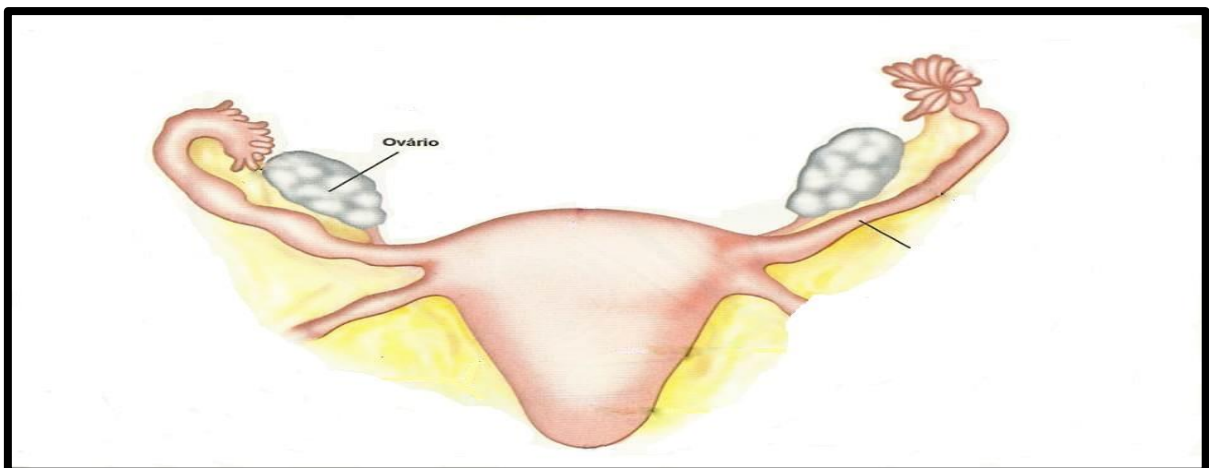


Figura 3 - Representação do útero, ovário e as trompas uterinas
Fonte: REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2011

A musculatura do assoalho pélvico tem uma grande importância para a relação sexual, pois ajuda a mulher a segurar o pênis no momento do ato sexual, melhorando as percepções vaginais, em adição na função do assoalho pélvico têm-se a manutenção dos órgãos pélvicos, evitar a saída de urina, fezes e gases involuntariamente. (LARA et al., 2008).

Segundo Dreher et al. (2009), a musculatura do assoalho pélvico é composta por fibras do tipo I, que possuem células ricas em mitocôndrias, de contração lenta e resistentes ao cansaço, com grande importância na conservação dos músculos durante a fase de repouso. E também por fibras do tipo II, que são de contração rápida, diferenciada pelo alto número de glicogênio e rápida fadiga, com isso permite uma resposta imediata a alterações súbitas de pressão.

4.1.3 Alguns Músculos do Períneo

| Musculo | Origem | Inserção | Inervação | Ação conjunta |
|---|---|---|----------------------|--|
| M. levantador do ânus | | | | |
| a) M. puborretal | Face interna do púbis | Ao redor da junção anorretal | N. sacral (S3 e S4) | Sustentam as vísceras, resistem ao aumento da pressão intra-abdominal; elevam o assoalho da pelve; auxiliam e/ou impedem a defecação; no parto, sustentam a cabeça do feto durante a dilatação do colo do útero. |
| b) M. pubococcígeo | Face interna do púbis, espinha isquiática | Cóccix e ligamento anococcígeo | N. sacral (S3 e S4) | |
| c) M. Iliococcígeo | Arco tendíneo do m. abturador interno e da espinha isquiática | Cóccix e ligamento anococcígeo | N. sacral (S3 e S4) | |
| M. Isquiococcígeo (m. coccígeo) | Espinha isquiática e ligamento sacroespinal | Sacro e cóccix | N. sacral (S3 e S4) | Reforça o assoalho da pelve; auxilia o músculo levantador do ânus. |
| M. esfíncter externo do ânus | Corpo do períneo | Derme e tela subcutânea ao redor do ânus e do ligamento anococcígeo | N. pudendo (S2 a S4) | Continência fecal |
| Mm. Transversos superficial e profundo do períneo | Ramo do ísquio | Corpo do períneo | N. pudendo (S2 a S4) | Proteção do músculo levantador do Ânus |
| M. esfíncter externo da uretra | M. anular ao redor do óstio externo da uretra | M. anular ao redor do óstio externo da uretra | N. pudendo (S2 a S4) | Continência urinária |
| M. ísquiocavernoso | Ramo do ísquio | Corpo cavernoso | N. pudendo (S2 a S4) | Fixa os ramos do clitóris aos ramos inferiores do ísquio e do púbis e ao diafragma urogenital |
| M. bulboesponjoso | Corpo do períneo | Corpo cavernoso do clitóris e diafragma urogenital | N. pudendo (S2 a S4) | Fixa o bulbo do vestíbulo no diafragma urogenital |

Fonte: PELOZO JÚNIOR; GARBELLOTTI JÚNIOR, 2009

Quadro 1 - Apresentação da musculatura do períneo

4.2 NOÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE FEMININA

O sexo antigamente era relacionado simplesmente como um fator ligado a reprodução, pois não eram permitido as mulheres sentir prazer, uma vez que, perante a sociedade, tal sentimento era considerado um ato impuro. Atualmente o sexo é fundamental na vida das pessoas, não podendo ser mais vinculado somente à reprodução, pois o prazer feminino independe de tal ato. (GOZZO et al., 2000).

Segundo Trindade e Ferreira (2008), no século passado, a partir da década de 60, a questão sexualidade-reprodução foi separada durante o movimento feminista, momento no qual o casamento monogâmico passou a ter uma maior liberdade sexual. Essa mudança fez com que as mulheres tivessem a opção de escolherem em ter filhos ou não, pois foi nesta época que, o conceito contraceptivo, começou a ser empregado.

...sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas de toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual. (LAPLANCHE, 1995 apud GOZZO et al., p. 85, 2000).

O ser humano tem sua sexualidade determinada durante as fases do desenvolvimento humano na diferenciação dos genes que ocorre durante a divisão celular do zigoto, mas isso não significa que o gênero da pessoa esteja precocemente definido, pois não é o sexo propriamente que define como as pessoas agem, raciocinam e sentem. Quando se fala em sexualidade feminina, é preciso ter em mente que fatores como a saúde física e mental, fatores sociais, emocionais e orgânicos podem influenciar diretamente. (BUCKSTEGGE et al., 2009).

No estudo realizado por Amidu et al. (2010), foi descrito que a sexualidade não abrange somente a família, as crenças tanto sociais quanto religiosas, mas também pode sofrer influência do envelhecimento, estado de saúde, experiência pessoal e poder sócio-econômico, em razão disto a sexualidade é taxada como um fenômeno complexo. E Gozzo et al. (2000), diz que, quando as mulheres apresentam algum problema conexo com a sexualidade, elas pouco recorrem por ajuda, pois muitas vezes não tem a quem recorrer, ou quando buscam auxílio de profissionais, estes,

se mostram desinteressados pelo assunto, tal ação faz com que a pessoa sinta que sua sexualidade é indiferente a sua saúde.

4.3 CONDIÇÕES FISIOLÓGICAS DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

Segundo Fernandes, Fortunato e Pinto [s.a], durante o desejo sexual existem três fatores que aumentam e contribuem para que ocorra o ato sexual. O Primeiro, tido como endócrino, eleva os níveis de secreção de estrógenos, aumentando o desejo sexual e conseqüentemente a ovulação da mulher. O segundo pode ser compreendido como fatores sensoriais e apresentam sinais químicos percebidos pelo olfato e que são emitidos de pessoa para pessoa. E o terceiro e não menos importante é o fator psíquico que se refere aos pensamentos e ao prazer.

O primeiro modelo mais descritivo de resposta sexual foi realizado em 1966 pelo casal Master e Johnson que, intitularam tal modelo de: EPOR (excitação, platô, orgasmo e resolução). A primeira fase pode ser compreendida no momento em que a pessoa apresenta mudanças em sua frequência cardíaca, respiratória e na pressão arterial, entre outros. Neste momento as terminações nervosas parassimpáticas liberam na região genital a acetilcolina, peptídeos vasodilatadores, desencadeando assim uma dilatação e congestão venosa, conseqüentemente levando a ereção do clitóris e a turgescência dos pequenos lábios. (CABRAL; FARIA, 2007).

Mediante a isto, a uma estimulação das glândulas de Bartholin, responsáveis pela lubrificação durante o coito. A congestão venosa também provoca a entrada de líquido para o espaço intersticial o que ocasiona um edema levando que gera uma plataforma de tecidos distendidos. A segunda fase é caracterizada pela sustentação de todos os fatores, até que haja um período máximo de excitação propício para que ocorra o orgasmo. (CABRAL; FARIA, 2007).

De acordo com Fernandes, Fortunato e Pinto [s.a], o orgasmo vai variar de acordo com cada ato sexual, entretanto, de uma forma geral a média de contrações oscila em torno de 17 ocorrências, de forma rítmica dos músculos transverso do períneo e elevador do ânus, e as 6 primeiras contrações normalmente são mais intensas. Na última fase descrita como resolução, Cabral e Faria (2007), descreve que a mulher retorna simultaneamente a sua condição normal, pois consegue logo

no início da resolução retomar a primeira fase da resposta sexual, promovendo assim, uma sequencia na relação sexual com respostas mais rápidas.

Para que a mulheres tenham um desejo sexual é importante que elas sejam erotizadas através de estímulos táteis, como por exemplo, beijos, abraços, toque das mãos e carinhos de uma forma geral. (CURTI, 2010).

| ESTRUTURAS | EXCITAÇÃO | ORGASMO | RESOLUÇÃO |
|----------------------|---|------------------------------|--|
| Mamas | Expansão vascular, aumento mamário, ereção dos mamilos | Tumescência | Destumescência, diminuição lenta do volume e involução dos mamilos |
| Pele | Rubor sexual | Rubor máximo | Desaparecimento do rubor |
| Músculos | Aumento da tensão e início de espasmos | Perda de controle voluntário | Lento desaparecimento da tensão, retorno do controle voluntário |
| Perspiração | Ausente | - | Aparecimento de película difusa |
| Ventilação pulmonar | Aumenta | Máxima | |
| Batimentos cardíacos | Aumentam | Máximos | Retorno às condições basais |
| Pressão arterial | Aumenta | Máxima | Retorno basal |
| Grandes lábios | Tornam-se achatados, afilados e se abrem para os lados | - | Retorno rápido a espessura e a posição normal |
| Pequenos lábios | Aumentam duas ou três vezes de diâmetro, coloração vermelha ou vinhosa (orgasmo iminente) | - | Retorno as condições basais |
| Clitóris | Tumescência da glândula e do corpo, retração do clitóris (fase tardia) | - | Retorno a posição normal, 5 a 10 segundos após o orgasmo |
| Útero | Aumento do tamanho e elevação | - | Retorno à dimensão e a posições normais |
| Vagina | Modificação do volume e cor, formação da plataforma orgásmica | Contrações | - |

Fonte: ETIENNE; WAITMAN 2006

Quadro 2 - Reações vasocongenitas e miotônicas extragenitais e genitais (internas e externas)

4.4 DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Segundo Lazzarini e Carvalho (2009), as disfunções sexuais são caracterizadas pela falta, excesso ou desconforto apresentado em uma das fases de resposta sexual feminina. Em conformidade Mendonça e Amaral (2012), concluíram que, a disfunção sexual feminina é determinada por uma alteração relacionada ao desejo sexual, excitabilidade e também a qualquer dor durante o ato sexual.

As disfunções sexuais femininas podem ser desencadeadas por múltiplos fatores, entre eles, os mais citados são: os estados depressivos, distúrbios psíquicos, como o estresse durante jornadas longas de trabalho, experiências traumáticas de relações sexuais entre outras. Tais fatos podem causar um grande impacto negativo na vida sexual da mulher. Patologias como: diabetes, hiperprolactinemia e hipertireoidismo, também podem estar relacionadas com possíveis disfunções sexuais. (BUCKSTEGGE et al., 2009).

Quando a mulher apresenta alguma alteração vascular que gera redução do fluxo sanguíneo na região vaginal e clitoriana, ocorre a diminuição da musculatura lisa, a qual é substituída por tecido conjuntivo fibroso, ocasionando um enrijecimento na região. Tal consequência pode levar a disfunção sexual. Outro fator que pode induzir a mulher a ter uma disfunção sexual é o uso de certos medicamentos, como: os inibidores seletivos de receptação de serotonina, os agentes antidepressivos, drogas quimioterápicas, e os fármacos que intervêm no equilíbrio hormonal da mulher. (BERMAN; GOLDSTEIN, 2001 apud FERREIRA et al., 2007).

De acordo com Phillips (2000), a disfunção sexual também pode ser ocasionada por fatores uroginecológicos, como por exemplo, a incontinência, infecções urinárias, cistites e vulvovaginites que geram grandes desconfortos. Em complemento Cavalcanti e Cavalcanti (1992) apud Ferreira et al. (2007), relatam que, a alteração na musculatura da vagina pode acarretar várias disfunções sexuais, pois os músculos que compõem o períneo, quando contraídos de forma voluntária, ajudam e aumentam a excitação e o orgasmo.

4.4.1 Tipos de disfunção sexual

- ✓ Transtorno de Aversão Sexual – Nesta disfunção a mulher apresenta repulsa ao contato sexual genital com o companheiro. (MENDONÇA, 2012).
- ✓ Vaginismo – ocorre contração excessiva dos músculos elevador do ânus e perineais quando se tenta realizar, ou realiza a penetração do pênis ou algum objeto no canal vaginal. (AVEIRO; GARCIA; DRIUSSO, 2009).
- ✓ Transtorno do desejo sexual hipoativo – há uma diminuição ou falta de imaginações sexuais, fantasias e resposta a estímulos sexuais. Tais fatores desencadeiam falta de interesse para iniciar uma relação sexual. (FLEURY; ABDO, 2009).
- ✓ Anorgasmia – compreendida como o retardamento ou ausência do orgasmo recorrente ou constante, após a fase de desejo e excitação satisfatórios, originando dificuldades pessoais e interpessoais. (CARVALHEIRA; GOMES, 2011).
- ✓ Dor sexual não-coital – ocorre na região genital sem a ocorrência do ato sexual propriamente dito, apresentando-se de forma persistente ou recorrente, gerando uma perturbação pessoal. (CARVALHEIRA; GOMES, 2011).
- ✓ Disfunção sexual induzida por substâncias – É ocasionada pelos efeitos fisiológicos diretos de substâncias clinicamente significativas, pois ocasiona um relevante resultado de sofrimento. (ABDO; FLEURY, 2006).
- ✓ Disfunção da excitação sexual feminina – É a insuficiência de adquirir ou manter a fase de excitação adequadamente. Pode ser ocasionada pela falta subjetiva de excitação ou por diminuição da lubrificação genital recorrente ou persistente. (MENDONÇA; AMARAL, 2011).

4.4.2 Dispareunia feminina

A dispareunia é o termo utilizado para referir dor na região vaginal, agregada a penetração, apresentando-se de forma recorrente ou persistente, ocasionando muitas dificuldades na vida pessoal e íntima da mulher. (CARVALHEIRA; GOMES, 2011). Em conformidade Etienne e Waitman (2009), explanaram que, a dispareunia é uma dor recorrente ou persistente durante ou depois da relação sexual.

Segundo Ferreira et al. (2007), a dispareunia pode ser de difícil avaliação e diagnóstico, e suas causas podem estar relacionadas aos fatores orgânicos, originando sofrimentos ou problemas interpessoais.

De acordo com Trindade e Ferreira (2008), muitas mulheres apresentam dores durante o ato sexual, mas não sabem ao certo a procedência da dor. Em alguns relatos, pode-se analisar que tais dores podem estar vinculadas a muitos fatores, o que interfere na sexualidade da pessoa em longo prazo.

A dispareunia pode ter causas superficiais ou profundas, e uma das causas superficiais são as mudanças ocorridas durante a menopausa devido à deficiência de estrógeno que pode resultar em vaginite atrófica ou estreitamento da vulva, vagina, e a falta de lubrificação adequada. (POLDEN; MANTLE, 2000).

4.4.3 Dispareunia em mulheres durante o climatério/menopausa

O climatério é a fase em que, cada mulher, passa por um processo de muitas modificações, tanto na parte física, social, espiritual e emocional. Essa fase inicia-se por volta dos 40 anos, período em que, há uma diminuição gradual até a ausência da produção de hormônios nos ovários, ocorrendo assim, a falência dos folículos ovarianos, resultando na passagem da fase reprodutiva para a não-reprodutiva. A menopausa é entendida como a última menstruação da mulher, titulando-se, a partir de 12 meses desde sua ocorrência. (RISSON, 2007).

Piato (2002), descreve que as manifestações mais evidenciadas no período do climatério são: a diminuição de estradiol pelo ovário e o acréscimo nas taxas circulantes das gonadotrofinas. Em complemento Polden e Mantle (2000), enfatizaram que, as alterações ocorrem devido aos folículos viáveis estarem esgotados nos ovários, por tal motivo, eles diminuem e deixam de produzir estrógenos. Neste período a glândula pituitária anterior é liberada para a inibição repetitiva do estrogênio, continuando a produzir o hormônio folículo-estimulante (HFE) e o luteinizante (HL).

Durante a menopausa ocorre uma diminuição gradativa dos órgãos que são mantidos pelo estrógeno, razão pela qual, há uma diminuição das glândulas mamárias, o útero se torna menor, os ovários retraem, e o endométrio torna-se mais delgado, a parede vaginal perde sua elasticidade e os lábios, tanto maiores e menores ficam achatados. (POLDEN; MANTLE, 2000).

Segundo Trindade e Ferreira (2008), conforme o avanço da idade na mulher ocorre mudanças na resposta sexual e na anatomia, e devido a isto à dispareunia se apresenta como, uma das disfunções mais relatadas pelas mulheres, pois o ressecamento vaginal nesta fase é muito comum.

A dispareunia ocorre em maior prevalência na fase da pós-menopausa, que segundo Risson (2007), é a fase que, inicia-se após um ano do período menstrual, pois à dispareunia é decorrente da atrofia urogenital, e da queda dos níveis de estrogênios o que resulta, na falta de lubrificação da mulher. (LORENZI; SACIOTO, 2006).

4.4.4 Incidência

Segundo Nanô (2012), as mulheres compõem 51,5% da população, de um total de 100,5 milhões. Quando realizado uma comparação com os dados do ano de 2000, pode-se observar que, houve um acréscimo de 14% das mulheres neste período. Na região Norte do país as mulheres constituem 8.225 da população.

A incidência de mulheres com algum tipo de disfunção sexual no Brasil é bastante relevante, pois em um estudo realizado com 3.148 mulheres revelou-se que, 51% apresentavam algum tipo de disfunção sexual. Em outra pesquisa similar foi revelado que, 49% das mulheres tinham ao menos um tipo de disfunção sexual, momento no qual foi evidenciado que, a disfunção mais relatada era a diminuição do desejo sexual com 26,7%, seguido pela dispareunia com 23,1% e por ultimo a anorgasmia com 21%. (PIASSAROLLI, 2010).

Em um estudo realizado por Ferreira et al. (2007), relatou que, em 2004, ao realizar uma pesquisa extensa, constatou que, 64% das mulheres apresentavam disfunção sexual hipotativa, seguida de 35% com anorgasmia, 31% com disfunção de excitação e por ultimo a dispareunia com 26% de incidência. Em sua própria pesquisa os resultados também apontaram que, muitas mulheres sofrem com as disfunções sexuais, desta forma a disfunção do orgasmo foi encontrada em 18%, a dispareunia em 13%, seguido da disfunção do desejo com 11% e por ultimo a disfunção da excitação com 8%.

4.5 TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO DA DISPAREUNIA

É de extrema importância para a efetividade do trabalho fisioterapêutico que a paciente conheça o próprio corpo, principalmente em relação à morfologia e também a funcionalidade dos órgãos que o compõem. Infelizmente nos dias atuais o conhecimento do próprio corpo tem sido de difícil aceitação devido a fatores socioculturais instituídos pelas gerações passadas, que ocasionam sentimentos de culpa e vergonha o que justifica a dificuldade de varias mulheres em realizar alguns treinos que envolvam a região genital. (SOUZA; LOTTI; REIS, 2012).

É de fundamental importância que o profissional fisioterapeuta que atua diretamente na reabilitação perineal tenha conhecimento técnico e científico das estruturas que envolvem o assoalho pélvico, pois tais conhecimentos são fundamentais ao ensino dos exercícios específicos no processo de reabilitação. Mediante a isto, é fundamental o domínio de tais informações para a promoção de segurança e qualidade do atendimento, podendo assim explanar de forma segura para o público alvo as informações necessárias, sanando eventuais dúvidas que possam haver, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas. (SOUZA; LOTTI; REIS, 2012).

Segundo Antonioli e Simões (2009), para realizar o tratamento fisioterapêutico é preciso realizar uma ampla avaliação com uma abordagem multidisciplinar, momento este que, a equipe, em posse das informações, tome conhecimento dos problemas enfrentados pela mulher independente de fatores como crenças, idade, experiências sexuais, tabus e princípios morais. Mediante a isto o tratamento cinesioterápico já pode ser indicado.

A avaliação fisioterapêutica realizada em mulheres que apresentam dispareunia deve ser feito com uma anamnese aprofundada, podendo ser classificadas em três fases: a primeira caracterizada pela análise da função sexual, a segunda pela postura física e a terceira pelo assoalho pélvico. (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

É de grande importância para a avaliação do paciente e conseqüentemente para o tratamento que o fisioterapeuta conheça alguns dados ginecológicos da mulher, como por exemplo, há quanto tempo começou o problema, como é caracteriza a dor, com que frequência faz sexo, entre outros. No momento da inspeção é preciso analisar a vulva, se tem evidência de sinais de candidíase, cistos,

traumas, prolapso, observando também o tamanho do introito, depois é feito o toque bidigital para avaliar a força muscular, e a integridade das paredes vaginais observando o tônus muscular. (ANTONIOLI; SIMÕES, 2009).

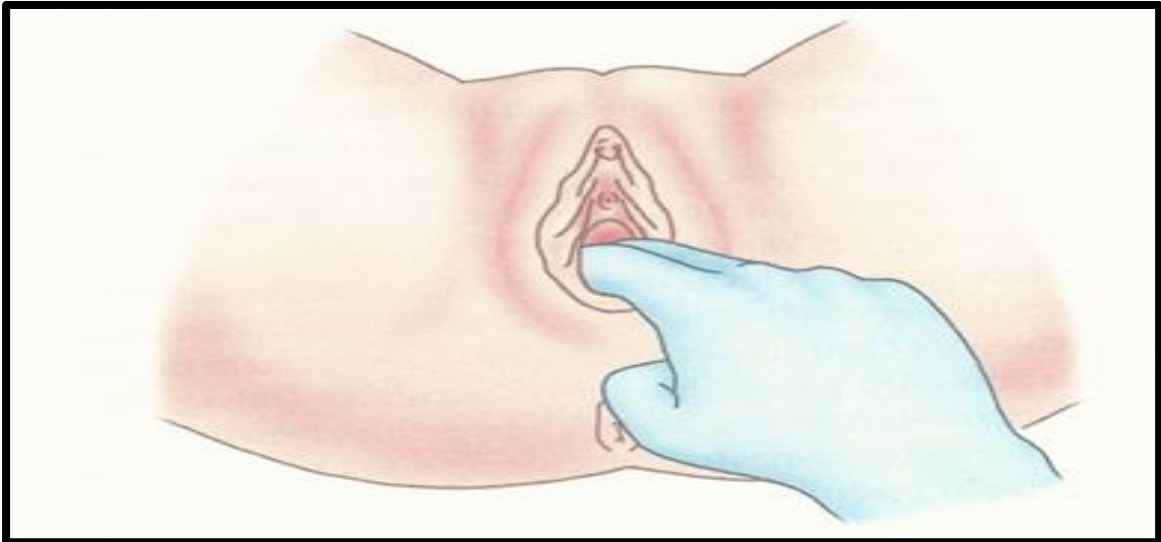


Figura 4 – Teste Bidigital do Assoalho Pélvico
Fonte: PIRES; ONOFRE, 2012

Para melhor avaliar a função sexual da mulher, foi desenvolvido um questionário chamado “*Female Sexual Function Index*” que tem uma grande relevância por ser de fácil aplicação. É composto por 19 questões que falam sobre desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, satisfação e dor/desconforto. A pontuação de cada pergunta varia de 0 a 5, obtendo o resultado através da soma das respostas, variando de 2 no mínimo á 36 no máximo, e quanto maior for a pontuação melhor a atividade sexual feminina. (PIASSAROLI, 2010).

A fisioterapia como recurso para o tratamento da dispareunia pode utilizar técnicas simples e menos onerosas, fazendo com que a pessoa adquira uma normalidade em sua musculatura e conseqüentemente um aumento da vascularização levando assim, a uma melhora na sua vida sexual. (MENDONÇA; AMARAL, 2011; LAZZARINI; CARVALHO, 2009).

Mendonça e Amaral (2011) relatam que, o tratamento para a dispareunia pode ser feito através de técnicas de massagem local, alongamento, objetivando uma melhor atividade sexual, aumentando o fluxo sanguíneo e a flexibilidade do introito vaginal diminuindo a dor.

4.5.1 Cinesioterapia no Tratamento da Dispareunia

A cinesioterapia da musculatura da região do períneo envolve necessariamente a realização de exercícios para aperfeiçoar a força de contração das fibras musculares. Entretanto, na realização de um estudo pode-se observar que, 30% das mulheres não sabem exercitar adequadamente os músculos. (PRADO et al., 2003). Mediante a esta informação é importante que o fisioterapeuta ao iniciar o tratamento use o comando verbal correto para aumentar a conscientização da paciente. (MATHEUS et al., 2006).

Korelo et al. (2011), descrevem que a cinesioterapia é uma modalidade da fisioterapia, com utilização ou não de recursos acessórios com a finalidade de realizar a contração e o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico de forma voluntária.

Nas décadas de 40 e 50 um doutor chamado Arnold Kegel elaborou um plano de exercícios que ganhou seu sobrenome, chamado de Exercícios de Kegel, que consistem em exercícios voluntários de contração e relaxamento dos músculos do assoalho pélvico. E para que estes exercícios tenham um bom resultado é preciso que a paciente entenda adequadamente como realiza-los, podendo ser associados a respiração abdominal-diafragmática. (ANTONIOLI; SIMÕES, 2009).

Os cones vaginais são uma das opções dentro da cinesioterapia para realizar a tonificação da musculatura do assoalho pélvico. Eles possuem o formato parecido em pequenas capsulas de tamanhos iguais, porém com pesos diferentes, variando entre 25g a 75g. (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Ao introduzir o cone de peso apropriado no canal vaginal, a tendência é que ele se deslize a favor da ação da gravidade, ação esta desencadeante de uma percepção de perda, a qual proporcionará um biofeedback cinestésico e tátil, ocasionando uma contração reflexa da musculatura na tentativa de mantê-lo internamente na vagina, mediante a isto, tornara a atividade do assoalho pélvico com mais coordenação e conseqüentemente aumentando o recrutamento de fibras do tipo I e tipo II. (NOLASCO et al., 2008).

Os cones vaginais podem ser utilizados em duas fases. Na primeira fase, tida como passiva, a paciente é estimulada a realizar uma estimulação das contrações musculares por tempo prolongado obtendo um maior recrutamento das fibras musculares tipo I. A segunda fase, tida como ativa, apresenta o mesmo tempo

de repouso semelhante ao de contração, há o recrutamento maior das fibras do tipo II. (DREHER et al., 2009).



Figura 5 - Cones vaginais
Fonte: MOREIRA; CHAVES; REIS, 2007

A massagem realizada na região do períneo é um dos tipos de cinesioterapia que tem a função de relaxar e alongar progressivamente a musculatura da entrada do canal vaginal, e também nos tecidos locais adjacentes, contribuindo de maneira direta na conscientização e propriocepção da mulher em relação aos músculos. A posição ginecológica é a melhor para tal técnica. (LUZ, 2009).

Os treinamentos de ganho de força muscular geram um aumento das fibras musculares, que ocorre devido a um acréscimo na síntese proteica e redução da degradação das proteínas, este acontecimento ocorre num período de seis a oito semanas. Ocasionalmente também um maior recrutamento de fibras musculares pelos mecanismos de neurofacilitação. (NOLASCO et al., 2007).

Lazzarini e Carvalho (2009), ao realizar um estudo com uma paciente com diagnóstico de dispareunia, observaram que, a mesma possuía fraqueza muscular do assoalho pélvico acentuada. Foi proposto então que a paciente realizasse a cinesioterapia para reeducação perineal e conseqüentemente o ganho de força muscular. Depois de realizar o tratamento teve como resultado a melhora da força muscular e diminuição da dor durante o ato sexual.

Os cones vaginais se mostram efetivos para o tratamento da musculatura do assoalho pélvico, em um tempo relativamente curto de oito semanas, tendo relevância no tratamento domiciliar, pois o acompanhamento e reavaliação semanal permitiu uma conduta realizada diretamente para a paciente. (DREHER et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disfunção sexual feminina e a influência do tratamento fisioterapêutico na dispareunia durante o processo do climatério é um tema de extrema relevância para estudo do profissional fisioterapeuta e conseqüentemente esta revisão literária servirá de base para novas pesquisas e estudos.

Verificou-se através deste estudo bibliográfico que as noções sobre a sexualidade feminina e suas peculiaridades têm um espectro quase que imensurável, portando quanto mais o profissional Fisioterapeuta explanar sobre este assunto, suas bases técnico-científicas se solidificaram;

O profissional Fisioterapeuta é capaz de avaliar e tratar as alterações cinéticas funcionais provocadas pelas disfunções sexuais femininas, com enfoque em especial na dispareunia;

Através deste ato monográfico verificou-se que definir e associar as estruturas musculo esqueléticos e a sua fisiologia é de grande relevância para se compreender a sexualidade e as alterações que a mesma apresenta;

Considera-se que este estudo não possui nenhuma ambição de ser o único instrumento de estudo para determinar a importância das medidas fisioterapêuticas para o tratamento da dispareunia, em especial durante o processo de climatério.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmelita Helena Najar; FLEURY, Heloisa Junqueira. Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos das Disfunções Sexuais Femininas. **Revista psiquiatria clínica**. [online]. 2006, vol.33, n.3, pp. 162-167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010160832006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 junho 2013.

AMBRÓSIO, João Dias. Anatomia do Aparelho Urogenital. In: HERING, Flavio Luis Ortiz; SROUGI, Miguel. **Urologia Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Roca, 1998.

AMIDU, Nafiu. et al. Incidence of sexual dysfunction: a prospective survey in Ghanaian females. **Reproductive Biology and Endocrinology**. 2010. Disponível em: <www.rbej.com/content/8/1/106>. Acesso em: 11 junho 2013.

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem Fisioterapêutica nas Disfunções Sexuais Femininas. **Revista Neurociências**. Teresópolis-RJ, v. 18, n. 2, p. 267-274, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/374%20revisao.pdf>>. Acesso em: 13 junho 2013.

AVEIRO, Mariana Chaves; GARCIA, Ana Paula Urdiales; DRIUSSO, Patrícia. Efetividade de Intervenções Fisioterapêuticas para o Vaginismo: Uma Revisão DA Literatura. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v. 16, n. 3, p. 279-283, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 junho 2013.

BARACHO, Elza; LOTTI, Renata Cardoso Baracho; REIS, Augusto Barbosa. Anatomia Feminina. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada a Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

BUCKSTEGGE, Kamila et al. Disfunções Sexuais Femininas: um estudo exploratório com um psicólogo que atua em âmbito clínico. **Revista Conhecer**. vol. 5, n.8, 2009, Goiânia. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2009B/DISFUNSOES%20SEXUAIS.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2013.

CABRAL, Ricardo; FARIA, Leticia Caifa Amorim. Sexualidade. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

CARVALHEIRA, Ana Alexandra; GOMES, Francisco Allen. A disfunção Sexual na Mulher. In: OLIVEIRA, Carlos Freire de. **Manual de Ginecologia**. v. 1, Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_07.pdf>. Acesso em: 11 junho 2013.

CURTI, Paula Andreia. Disfunção sexual - Inibição do desejo sexual feminino e sintomas depressivos. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – **Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande**. Disponível em: <<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8162-disfuncao-sexual-inibicao-do-desejo-sexual-feminino-e-sintomas-depressivos.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.

DREHER, Daniela Zeni et al. O Fortalecimento do Assoalho Pélvico com Cones Vaginais: Programa de Atendimento Domiciliar. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2612/3856>>. Acesso em: 11 maio 2013.

ETIENNE, Mara de Abreu; WAITMAN, Michelle Cristina. **A Fisioterapia e as Disfunções Sexuais Femininas**. In: ETIENNE, Mara de Abreu. *Disfunções Sexuais Femininas*. São Paulo: LMP, 2006.

ETIENNE, Mara de Abreu; WAITMAN, Michelle Cristina. **Fisioterapia nas Disfunções Sexuais Femininas**. In: MORENO, Adriana L. *Fisioterapia em Uroginecologia*. 2. Ed. Barueri SP: Manole, 2009.

FERNANDES, João Soares; FORTUNATO, JM Soares; PINTO, Jorge Correia. Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino. SOF-Fisiologia. **Módulo Reprodução e Manutenção da Espécie - Universidade do Minho**. [s.a]. Disponível em: <<http://www.uff.br/WebQuest/downloads/FisiolApRepFem.pdf>>. Acesso em: 3 junho 2013.

FERREIRA et al. Disfunções Sexuais Femininas. **Revista Feminina**. Rio de Janeiro, v.35, n. 11, p. 689-695, nov. 2007. Disponível em:<http://www.femina.org.br/arquivos/revista%20femina/FEMINA%203511/FEMINA_Novembro-691.pdf>. Acesso em: 12 junho 2013.

FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmelita Helena Najjar. Desejo Sexual Feminino. **Diagnostico e Tratamento**. 2009; v. 14 n.1, p. 47-51. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n1/a0016.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2013.

GOZZO, Thais de Oliveira et al. Sexualidade Feminina: Compreendendo seu significado. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403>>. Acesso em: 06 de maio 2013.

KORELO, Raciele Ivandra Guarda. et al. Atuação da fisioterapia na síndrome do assoalho pélvico-vulvodínia e vaginismo - uma revisão da literatura. **Revista Fisioterapia em Evidência**. v. 2, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.dombosco.sebsa.com.br>>. Acesso em: 15 maio 2013.

LARA, Lúcia Alves da Silva et al. Abordagem das Disfunções Sexuais Femininas. **Revista Associação Médica Brasileira**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 06, p. 312-321, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n6/08.pdf>>. Acesso em: 13 junho 2013.

LAZZARINI, K. C; CARVALHO, F. Intervenção Fisioterapêutica na Disfunção Sexual Feminina – Um Estudo de Caso. **Revista Uniamérica**. Disponível em: <[http://www.uniamerica.br/site/transporte/3seminario/psd/artigos/Disfuno_sexual_Feminina_-_Corrigido\[1\].pdf](http://www.uniamerica.br/site/transporte/3seminario/psd/artigos/Disfuno_sexual_Feminina_-_Corrigido[1].pdf)> data: 11 junho 2013.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; SACILOTO, Bruno. Frequência da Atividade Sexual em Mulheres Menopausadas. **Revista Associação Médica Brasileira**. Caxias do Sul-RS, v. 52, n. 4, p. 256-260, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n4/a27v52n4.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2013.

LUNIERES, Patrícia Hipólito; MEJIA, Dayana Priscila Maia. **Atuação da fisioterapia na vestibulite vulvar**. 2012. Disponível em: <<http://www.portalbiocursos.com.br/artigos/uroginecologia/09.pdf>>. Acesso em: 15 junho 2013.

LUZ, João Antônio Almeida da. A Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina. 2005. 116 f. **Monografia (graduação em Fisioterapia) – Universidade Atlântica, Barcarena**. Disponível em: <<http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/314/1/A%20Fisioterapia%20na%20Disfun%C3%A7%C3%A3o%20Sexual%20Feminina.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2013.

MATHEUS, L.M et al. Influencia dos Exercícios Perineais e dos Cones Vaginais, Associados à Correção Postural, no Tratamento da Incontinência Urinária Feminina. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. Araraquara, SP, v. 10, n. 4, p. 387-392, out./dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n4/04.pdf> >. Acesso em 14 junho 2013.

MENDONÇA, Carlos Rodrigues de; AMARAL, Waldemar Naves do. Tratamento Fisioterapêutico das Disfunções Sexuais Feminina - Revisão de Literatura. **Revista Feminina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 03, p. 139-142, mar. 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2011/marco/Femina-v39n3_139-142.pdf>. Acesso em: 11 junho 2013.

MENDONÇA, Carolina Rodrigues de. et al. Função Sexual Feminina: Aspectos Normais e Patológicos, Prevalência no Brasil, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Feminina**. v. 40, n. 4, p. 195-202, jul./agos. 2012. Disponível em: <<http://itarget.com.br/clients/febrasgo.org.br/arquivos/revista%20femina/FEMINA%2040-04/195.pdf>>. Acesso em: 11 junho 2013.

MOREIRA, Carmem Dolores Carlinho Vianna; CHAVES, Esther Rosa da Conceição Barbosa; REIS, Sandra Monteiro Yoldi. **Estudo Comparativo Entre a Eletroterapia e Cinesioterapia no Fortalecimento dos Músculos do Assoalho Pélvico Entre Mulheres Nulíparas e Multíparas**. 2007. 66 f. Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade da Amazônia, Belém. Disponível em: < http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/fisioterapia/attachments/article/135/estudo_comparativo_entre_a_eletroterapia_e_cinesioterapia_no_fortalecimento.pdf >. Acesso em 10 abril 2013.

NANÔ, Fabiana. **Mulheres são maioria no país, diz IBGE; desigualdade é maior no Sudeste.** Cotidiano, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/09/21/mulheres-sao-maioria-no-pais-mas-proporcao-com-os-homens-e-igual-no-norte.htm>> Acesso em: 15 maio 2013.

NOLASCO, Juliana et al. Atuação da Cinesioterapia no Fortalecimento Muscular do Assoalho Pélvico Feminino: Revisão Bibliográfica. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 12 - N° 117 - Febrero de 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 10 junho 2013.

PELOSO JUNÍOR, Osvaldo; GARBELLOTTI JÚNIOR, Sílvio A. **Anatomia Funcional da Pelve e do Períneo.** In: MORENO, Adriana L. Fisioterapia em Uroginecologia. 2. Ed. Barueri SP: Manole, 2009.

PHILLIPS, Nancy A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. **New Zealand**, v. 62, n. 1, p. 127-136, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2000/0701/p127.html>>. Acesso em: 12 junho 2013.

PIASSAROLLI et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Revista brasileira ginecologia e obstetrícia.** V.32, n. 5, p. 234-240, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a06v32n5.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2013.

PIATO, Sebastião. **Tratado de Ginecologia.** 2. Ed. São Paulo. Artes Médicas, 2002.

PIRES, Juliana Lerche Vieira Rocha; ONOFRE, Neyliane Sales Chaves. Fisioterapia no Puerpério Remoto. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher.** 5. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

POLDEN, Margaret; MANTLE, Jill. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia.** 2. Ed. São Paulo: Santos, 2000.

PRADO et al. **Atualização Terapêutica.** 21 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003.

REZENDO FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. Rezende, **Obstetrícia Fundamental.** 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RISSEON, Joice Iliane. **Alterações Da Sexualidade No Climatério.** 2007. 65 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/alteracoes_da_sexualidade_no_climaterio.pdf>. Acesso em: 11 junho 2013.

SOUZA, Elza Lúcia Baracho Lotti de; LOTTI, Renata Cardoso Baracho; REIS, Augusto Barbosa Reis. Anatomia Feminina. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher.** 5. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012.

TRINDADE, Wânia; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Revista Enfermagem**. vol.17 n.3 .Florianópolis July/Sept. 2008.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072008000300002&script=sci_arttext> . Acesso em: 23 abril 2013.