

Assinado digitalmente por: Patricia Caroline Santana  
Razão: Sou responsável pelo documento  
Localização: FAEMA, Ariquemes - Rondônia  
O tempo: 21-10-2019 19:48:23



# **FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**LAURA HELENA DA COSTA AQUINO**

## **INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA DISPAREUNIA**

**ARIQUEMES – RO**

**2019**

Assinado digitalmente por: Patricia Morsch  
Razão: Sou responsável pelo documento  
Localização: Faema / Ariquemes-RO  
O tempo: 23-10-2019 17:34:35

Assinado digitalmente por: Mariana Ferreira Alves de Carvalho  
Razão: Eu Sou responsável Pelo Documento  
Localização: Ariquemes - Ro FAEMA  
O tempo: 14-10-2019 21:33:29

**Laura Helena da Costa Aquino**

**INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS  
NA DISPAREUNIA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Patricia Caroline Santana.

Ariquemes - RO  
2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

AQ657i

AQUINO, Laura Helena da Costa.

Intervenções fisioterapêuticas na dispareunia. / por Laura Helena da Costa Aquino. Ariquemes: FAEMA, 2007.

55 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Administração - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Ma. Patricia Caroline Santana.

1. Dispareunia. 2. Diafragma Pélvico. 3. Modalidades de Fisioterapia. 4. Fisioterapia. 5. Uroginecologia. I Santana, Patricia Caroline. II. Título. III. FAEMA.

CDD:658.

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**LAURA HELENA DA COSTA AQUINO**

<http://lattes.cnpq.br/3604450547932813>

## **INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA DISPAREUNIA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Fisioterapia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

#### **COMISSÃO EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Ms. Patrícia Caroline Santana

<http://lattes.cnpq.br/6447386124914331>

Faculdade De Educação E Meio Ambiente - FAEMA.

Prof. Dra. Patricia Morsch

<http://lattes.cnpq.br/8480752993159408>

Faculdade De Educação E Meio Ambiente - FAEMA

Prof<sup>o</sup>Ms. Mariana Ferreira Alves de Carvalho

<http://lattes.cnpq.br/4163671837709167>

Faculdade De Educação E Meio Ambiente – FAEMA.

Ariquemes, 20 de setembro de 2019

Primeiramente agradeço a Deus, por estar ao meu lado durante esta jornada de cinco anos, foram momentos de alegrias e também de tristezas.

A meus pais e familiares, por terem confiado em mim e estarem ao meu lado quando necessário.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter permitido que tudo isso acontecesse da melhor maneira ao longo desta jornada acadêmica, por ter estado ao meu lado em todos os momentos.

Sou grata à Professora orientadora Prof.<sup>a</sup> Ms. Patrícia Caroline Santana, pela dedicação e paciência em todas as etapas deste trabalho.

Também à professora Dr<sup>a</sup>. Patrícia Morsch, que deu valiosa contribuição para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a Fisioterapeuta Pélvica Cirça Santos, que me acompanhou em todos os atendimentos, mostrando os pontos positivos e incentivando em todas as etapas para que não me desanimasse.

À paciente em que realizei o estudo de caso, pois foi de grande importância para o desenvolver da pesquisa, sem sua permissão não seria possível chegarmos onde estamos.

Agradeço aos meus avós Maria Candido de Aquino e Astromiro Francisco de Aquino, que estiveram sempre em oração nos momentos difíceis deste caminho.

À minha família Adilso Francisco de Aquino, Elaine Alves da Costa e Rafael da Costa Aquino que sempre me apoiaram e estiveram ao meu lado, com palavras de apoio e carinho que me levaram para frente e fizeram chegar onde estou.

Ao meu namorado Francisco Gustavo Rodrigues de Melo, por estar sempre ao meu lado nesta jornada no decorrer destes cinco anos.

Aos amigos, em especial Maria Meliane de Oliveira e Douglas Dantas, que estiveram comigo desde o começo da caminhada, me apoiando e ajudando, pois foram várias noites em claro estudando juntos, obrigada pela força e incentivos.

Agradeço também ao meu tio Adair Francisco de Aquino, por ter me ajudado e colaborado nas correções do trabalho e dado ideias para o mesmo.

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

A disfunção sexual é um problema multifatorial que afeta a qualidade de vida da mulher. É grande o percentual de mulheres com alguma disfunção sexual, dentre elas a dispareunia. A fisioterapia tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, proporcionando a melhora do coito, autoconfiança, além de melhorar a conscientização do corpo feminino. Com o uso das técnicas fisioterapêuticas estão a cinesioterapia, irá proporcionar o fortalecimento e tonificação muscular. Eletroterapia que através das técnicas de TENS (efeito analgésico/ diminuição da dor) e o FES (fortalecimento da musculatura) e o *biofeedback* que é uma técnica de reeducação do sistema nervoso central. Este estudo tem por objetivo demonstrar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas na dispareunia. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, sendo um estudo de caso individual. Com o tratamento fisioterapêutico proposto foi possível mensurar através da escala de Oxford, escala visual analógica da dor (EVA) e o questionário de qualidade sexual uma melhora em relação à disfunção sexual (dispareunia) da paciente e observar a melhora da autoconfiança e conseqüentemente da qualidade de vida. O estudo foi relevante, pois mostrou a importância da atuação de um fisioterapeuta na disfunção sexual feminina, informando sobre alguns tratamentos que podem ser utilizados e os benefícios que podem proporcionar para a mulher.

**Palavras-chave:** Dispareunia; Diafragma Pélvico; Modalidades de fisioterapia.

## **ABSTRACT**

Sexual dysfunction is a multifactorial problem that affects a woman's quality of life. The percentage of women with some sexual dysfunction is large, including dyspareunia. Physical therapy aims to improve the quality of life, provide the improvement of intercourse, self-confidence, and improve the awareness of the female body. With the use of physical therapy techniques are kinesiotherapy, will provide muscle strengthening and toning. Electrotherapy that through the techniques of TENS (analgesic effect / pain reduction) and the FES (muscle strengthening) and biofeedback that is a technique of reeducation of the central nervous system. This study aims to demonstrate the efficacy of physical therapy techniques in dyspareunia. This is a quantitative research, being an individual case study. With the proposed physical therapy treatment it was possible to measure through the Oxford scale, visual analogue pain scale (VAS) and the sexual quality questionnaire an improvement in relation to the patient's sexual dysfunction (dyspareunia) and to observe the improvement of self-confidence and consequently the quality. of life. The study was relevant because it showed the importance of the role of a physical therapist in female sexual dysfunction, informing about some treatments that can be used and the benefits they can provide for women.

**Keywords:** Dyspareunia; Pelvic diaphragm; Physical therapy modalities.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Anatomia óssea da pelve (modificada).....	16
Figura 2-Anatomia Muscular do assoalho pélvico (modificada).....	17
Figura 3- Anatomia órgãos do assoalho pélvico (modificada).....	18
Figura 4- Cones Vaginais.....	21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Posicionamento dos eletrodos .....	22
Tabela 2 - Descrição das Intervenções realizadas.....	29
Tabela 3 - Achados pré e pós intervenção da ficha de avaliação.....	31
Tabela 4 - Achados pré e pós intervenção da Escala Analógica Visual (EVA).....	32
Tabela 5 - Achados pré e pós intervenção da Escala de Oxford .....	34
Tabela 6 - Achados pré e pós intervenção da Questionário de Qualidade Sexual (QS-F).....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
FES	Estimulação Elétrica Funcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
EVA	Escala Analógica Visual
QS-F	Questionário de Qualidade Sexual
TCLE	Termo Consentimento Livre Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 ASPECTOS ANATÔMICOS DA PELVE HUMANA.....	16
2.2 DISFUNÇÃO SEXUAL .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO .....	25
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	25
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	26
4.5 COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....	26
4.6 COLETA DE DADOS .....	26
4.7 ESTATÍSTICA .....	27
4.8 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	27
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - TCLE</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO B – Avaliação Fisioterapêutica</b> .....	<b>46</b>
<b>ANEXO C – Escala Analógica-visual de Dor - VAS</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXO D – Escala de Oxford</b> .....	<b>54</b>
<b>ANEXO E – Quociente sexual – versão feminina – QS-F</b> .....	<b>55</b>

## INTRODUÇÃO

A sexualidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um ato de prazer, bem estar físico, social, mental e também a ausência de doenças. O ato sexual é visto como uma forma positiva para a qualidade de vida da mulher. (SCHVARTZMAN, 2016).

O sexo saudável consiste em quatro etapas bem sucedidas, sendo elas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A disfunção sexual é considerada quando a mulher apresenta alterações em uma ou mais dessas etapas, podendo apresentar dor, desconforto ou desejo hipotativo do ato. (VALADARES *et al.*, 2006).

A disfunção sexual feminina é considerada multifatorial, sendo causada por fatores físicos, psicológicos e sociais, afetando também, a qualidade do relacionamento com os seus parceiros. A disfunção sexual também pode ser desencadeada na mulher pela idade, pois com o decorrer dos anos acontece o envelhecimento cronológico e biológico, com isso a quantidade de hormônios produzidos no organismo e o tempo de relação sexual diminuem. O uso de medicamentos, causa alterações no epitélio vaginal e na musculatura do assoalho pélvico. (SCHVARTZMAN, 2016; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Considerando que a disfunção surge por diversos fatores, o tratamento também deve ser constituído pela utilização de programas multifatoriais, sendo utilizadas intervenções psicológicas, médicas, farmacêuticas e fisioterapêuticas. (LIMA *et al.*, 2016).

Estudos relatam que mais de 30% das americanas apresentam alguma alteração sexual. No Brasil, o tema foi pesquisado em 18 cidades com 3.148 mulheres, dentre as quais 51% relatam alguma disfunção sexual. (TRINDADE; LUZES, 2017).

Outra pesquisa, também realizada no Brasil, observa que as mulheres atuantes no mercado de trabalho têm o interesse sexual, sendo que 26% mantêm relação sexual mais de uma vez por semana. Apesar do interesse as disfunções mais apresentadas esta a falta de lubrificação (23,4%), falta de desejo (22,7%), dificuldade de atingir o orgasmo (22%). (PIASSAROLLI, 2009).

A dispareunia é uma das disfunções sexuais existentes, ela é definida como relacionamento sexual doloroso, dor na região genital, sendo recorrente ou

persistente, podendo ser antes, durante ou depois da relação. Esta disfunção causa sofrimento à mulher e altera negativamente sua qualidade de vida. (GERIN, 2008).

É alto o percentual de mulheres que não vão à procura de um profissional da saúde por conta da disfunção sexual, devido a vergonha, medo ou frustrações por tratamentos anteriores sem resultados. (TRINDADE; LUZES, 2017).

A fisioterapia vem se mostrando eficaz no tratamento da disfunção sexual, sendo responsável pela restauração e mobilidade da musculatura do assoalho pélvico, aliviando as dores, prevenindo ou tratando as limitações das incapacidades físicas. Quanto a atuação fisioterapêutica na disfunção sexual é uma alternativa para melhorar a qualidade de vida das mulheres, o tratamento proporciona a melhora do coito, autoconfiança e melhora a conscientização do corpo feminino. (TRINDADE; LUZES, 2017; SCHVARTZMAN, 2016).

Pode utilizar-se de vários recursos dentro da fisioterapia, entre eles, a cinesioterapia e o uso de cones vaginais ou bolinhas de *ben wa* que proporcionam a conscientização corporal, fortalecimento e tonificação muscular. A eletroterapia proporciona uma eletroestimulação vaginal tendo como objetivo a contração muscular e também proporciona a analgesia. O *biofeedback* é uma técnica de reeducação do sistema nervoso central que funciona por meio de dispositivos eletrônicos (eletrodos). (SCHVARTZMAN, 2016).

A área da saúde da mulher vem sendo estudada já há alguns anos, mas quando se trata da atuação em disfunção sexual este campo se torna mais dificultoso, pois a procura é pequena apesar de ser alta a porcentagem de mulheres com disfunção que sofrem com transtornos dolorosos, como dispareunia ou vaginismo. Mediante ao exposto acima, este trabalho justifica-se pelo fato de ser alta a porcentagem de mulheres que sofrem com alguma disfunção sexual e não tem consciência ou orientação quanto aos tratamentos. As intervenções fisioterapêuticas têm se mostrado benéficas, desta forma, o presente estudo tem como objetivo demonstrar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas na dispareunia.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASPECTOS ANATÔMICOS DA PELVE HUMANA

A anatomia da pelve é formada por ossos, músculos, órgãos e ligamentos, todas essas estruturas contribuem para a sua funcionalidade. Existem algumas diferenças entre a pelve feminina e a pelve masculina, que estão relacionadas com a gestação e ao parto. A estrutura óssea da pelve feminina é mais fina e leve, a pelve é mais rasa e larga e o arco púbico é mais largo, isso comparado à pelve masculina. (SILVA, 2012; LAROSA, 2018).

As estruturas ósseas da pelve são: púbis, localizado anteriormente; Ílio e ísquio, localizados lateralmente; sacro, localizado posteriormente e o cóccix, inferior ao sacro (figura 1).

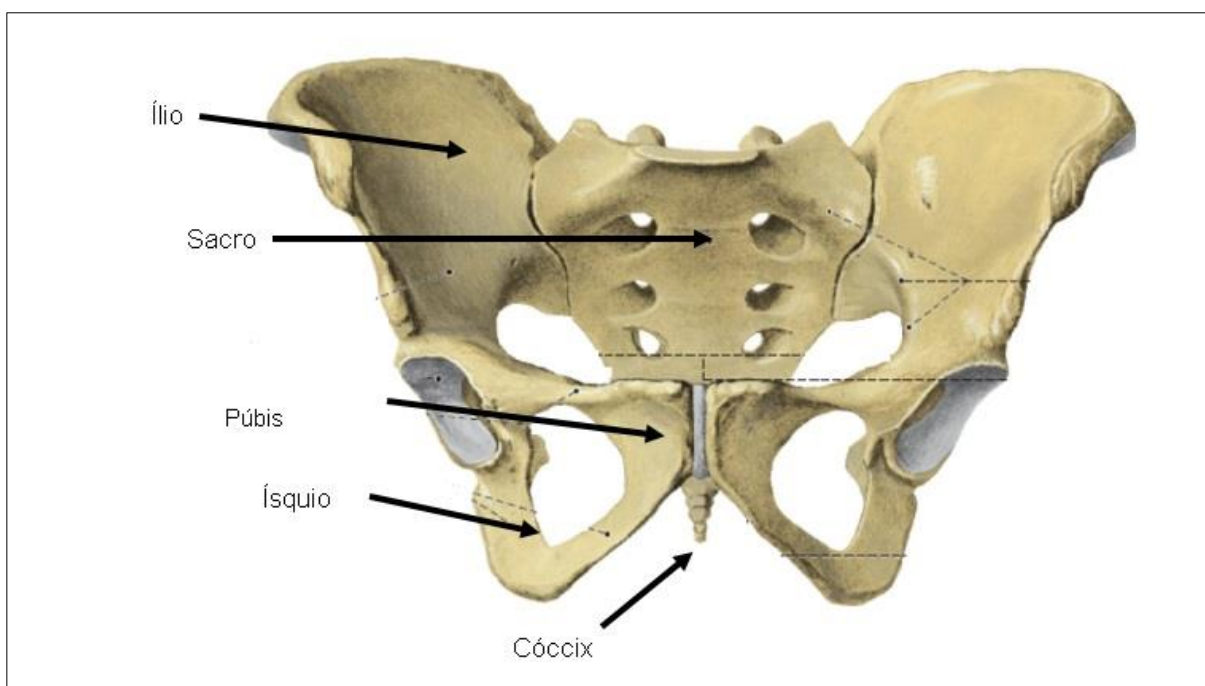


Figura 1 - Anatomia óssea da pelve (modificada)

FONTE:(LAROSA, 2018)

Os músculos que compõem a pelve (figura 2) são: puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, que são músculos levantadores do ânus, esfíncter externo da uretra e reto peritoneal, localizados anteriormente e posteriormente o músculo piriforme. (SILVA, 2012; NETTER; 2011).

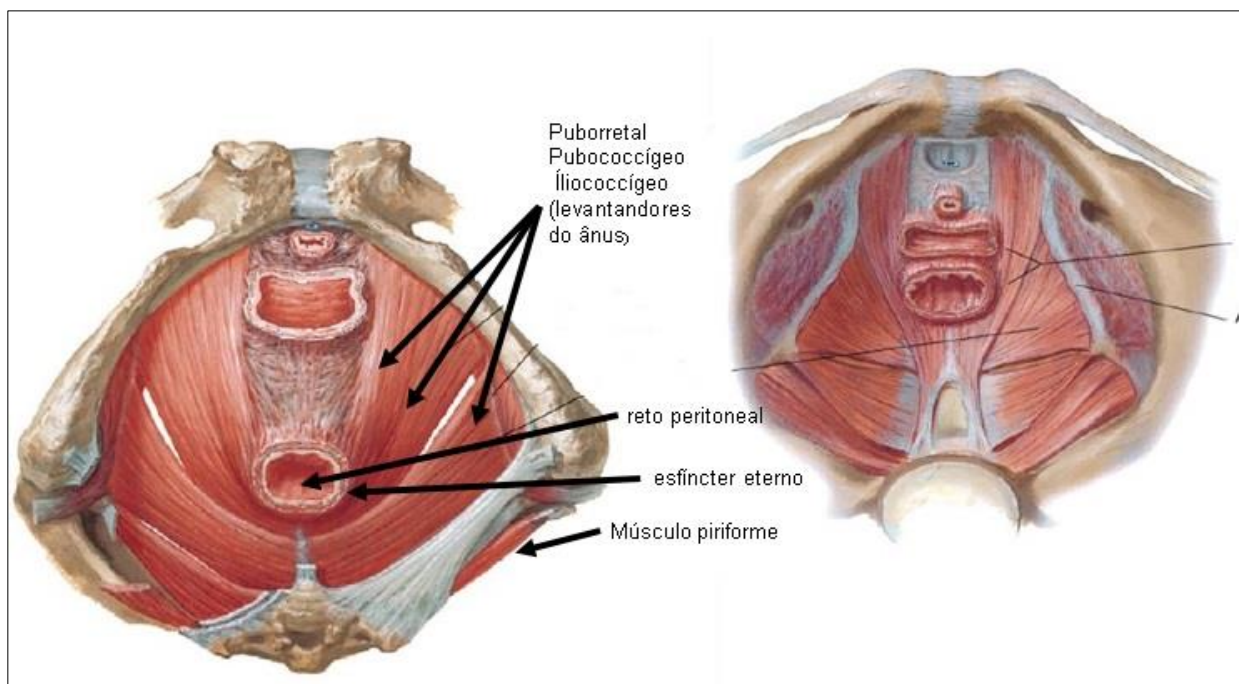


Figura 2 - Anatomia Muscular do assoalho pélvico (modificada)

FONTE: (SILVA, 2012)

Os órgãos que estão na área sexual (figura 3) são: uretra, que é uma estrutura tubular que se insere no orifício até a bexiga; a bexiga, localizada anteriormente ao púbis; vagina, localizada entre as musculaturas, pequenos lábios; útero, localizado entre o reto e a bexiga apresentando formato de uma pêra invertida; reto, localizado posteriormente à vagina, atravessando à pélvis, sendo que o bolo fecal é controlado pelos esfíncteres anal interno e externo. (SILVA, 2012).

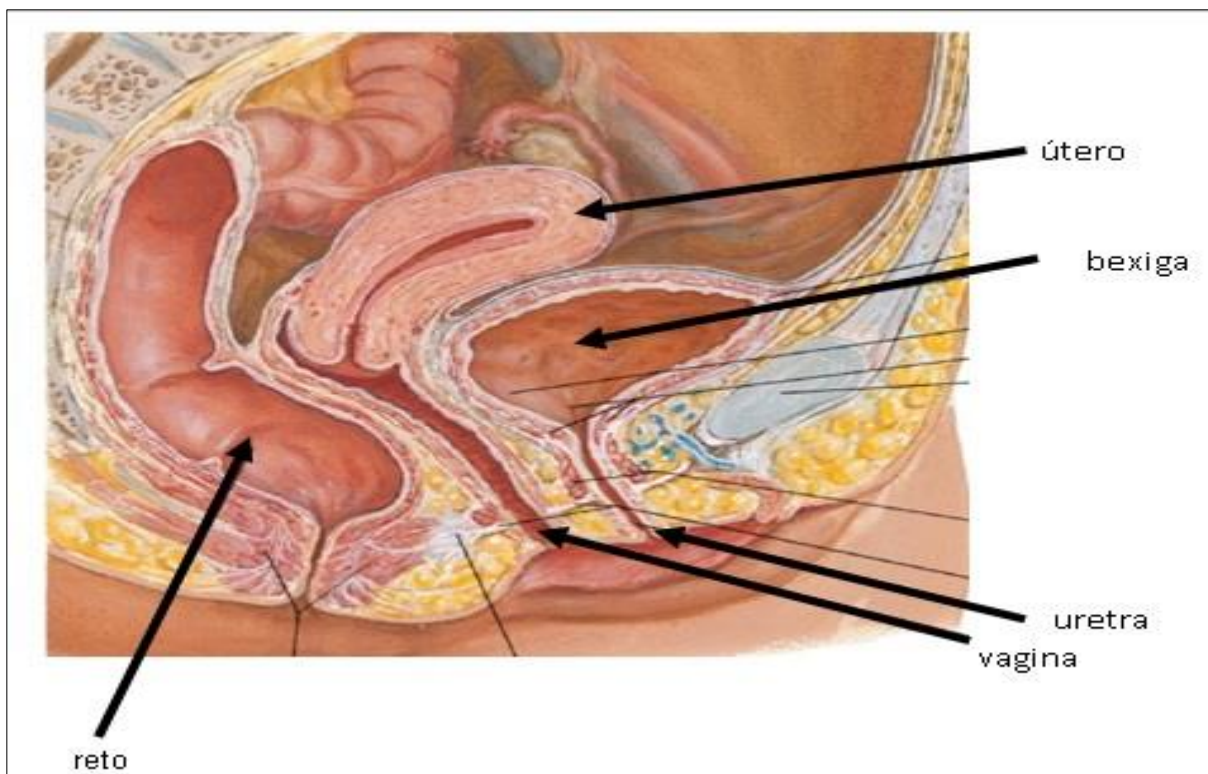


Figura 3- Anatomia Órgãos do Assoalho Pélvico (modificada)

FONTE:(SILVA, 2012)

Os ligamentos presentes na estrutura pélvica são iliolumbar e ligamento supraespinal, posicionados superiormente; ligamento sacrílico localizado em nível posterior; ligamentos sacroespinal; ligamento sacrotuberal; ligamentos sacrococcígeos posteriores e ligamento sacrococcígeo lateral. Esses ligamentos são importantes para sustentação dos órgãos internos. (NETTER; 2011).

## 2.2 DISFUNÇÃO SEXUAL

O ato sexual é considerado um dos parâmetros de saúde no ser humano, conseqüentemente está relacionado a qualidade de vida e satisfação pessoal, por esse motivo vem se tornando importante a orientação e manutenção da saúde sexual e relações afetivas. (VETTORAZZI *et al.*, 2012).

As alterações no assoalho pélvico feminino vêm aumentando no decorrer dos anos, causando vários problemas como incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso, tanto genital quanto fecal, dores pélvicas e alteração na menstruação, bem como as disfunções sexuais. É de suma importância uma avaliação detalhada

dessas mulheres, pois as queixas normalmente são acompanhadas por uma ou mais alterações concomitantes. (KLEIN; ROCHA, 2011; RAMOS, 2014).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana, a disfunção sexual é classificada pelo transtorno no desejo sexual, excitação sexual, alteração do orgasmo, sensibilidade sexuais dolorosos, disfunções devido às condições médicas em geral e induzida por substâncias. (VALADARES *et al.*, 2006).

A incidência de distúrbios sexual é considerada alta em qualquer população estudada, uma das queixas principais das mulheres é a falta de desejo, dificuldade de chegar ao orgasmo e dor na relação sexual. Também, mulheres no período gestacional e puerpério queixam-se de alteração sexual, sendo mais comum a dispareunia (dor na relação sexual). (VETTORAZZI *et al.*, 2012).

Dentre as disfunções sexuais existentes com maior predominância destaca-se a dispareunia e o vaginismo, sendo que a dispareunia é caracterizada quando há dor antes, durante ou após o ato sexual e o vaginismo quando há uma contração involuntária na musculatura do períneo no momento da penetração. (TRINDADE; LUZES, 2017).

A dispareunia é o desconforto ou a dor durante a relação sexual, essa dor interfere na relação, chegando ao ponto em que o casal evita o ato sexual. O termo dispareunia é utilizado para descrever também a dor durante o estímulo sexual. Ela pode ser considerada primária e secundária, sendo que a secundária normalmente acontece depois de 10 anos do início da atividade sexual. (MEIRA, 2017; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Quanto à classificação a dispareunia pode ser considerada superficial, sendo a dor no introito vaginal (orifício da vagina), provocando intensa dor com a penetração, ou profunda e intermediária que é a dor no canal médio da vagina. (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

A dor tende a aparecer e aumentar com o avançar da idade e em mulheres com relacionamentos de longa duração. O uso de medicamentos como anticoncepcionais pode potencializar a dor, principalmente aqueles anticoncepcionais com baixa concentração de estrogênio, pois pode causar alteração da lubrificação, alteração do trofismo muscular na parede vaginal. (LARA *et al.*, 2008).

As disfunções sexuais são consideradas multifatoriais, podendo ser psicológicas, físicas e/ou sociais. As doenças orgânicas, como diabetes, doenças

neurológicas, câncer, doenças psiquiátricas, traumas, sendo fatores de risco para essa disfunção. São causas ainda da dispareunia, problemas individuais, sociais, como traição, medo de intimidade ou ansiedade. Outro aspecto relacionado é o uso de drogas, álcool, gravidez e desuso da musculatura do períneo. (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; PIASSAROLLI, 2009).

Com o diagnóstico da disfunção sexual, a orientação do médico é imprescindível para a paciente; seu papel é importante para a orientação e prevenção dos sintomas. Normalmente se prescreve os medicamentos mais adequados à paciente, podendo ser indicado o estrogênio, que alivia o quadro de dispareunia secundária, altera o fluxo sanguíneo e tem efeito no desejo; a testosterona que provoca alteração no interesse sexual e também é indicado como tratamento psicoterapêutico, pois a disfunção pode estar relacionada à condição de não saber como lidar com sentimentos de raiva e interação com companheiro. (VALADARES *et al.*, 2006).

Os medicamentos indicados podem ter efeitos colaterais sendo eles acnes, aumento de peso, alteração na voz, alteração na libido e alterações hepáticas, isso levando em consideração o uso de doses altas de medicação. (VALADARES *et al.*, 2006).

### 2.3 ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

A fisioterapia é considerada uma ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais encontrados no corpo e nos sistemas, sendo essas alterações ocasionadas por traumas, alterações genéticas e doenças adquiridas. Tem competência de realizar o diagnóstico cinético funcional, bem como desenvolver condutas fisioterapêuticas para a alteração encontrada. (MARQUES, 2017).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional passa a reconhecer como especialidade a fisioterapia na saúde da mulher, conforme a descrito logo abaixo. (COFFITO, 2009).

Art. 1º – Reconhecer a Fisioterapia na Saúde da Mulher como especialidade própria e exclusiva do profissional Fisioterapeuta.

Art. 2º – Terá reconhecido o seu título de Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher o profissional Fisioterapeuta que cumprir os critérios a

serem estabelecidos em Resolução própria em conformidade com a Resolução COFFITO nº 360, de 18 de dezembro de 2008. (COFFITO, 2009).

A fisioterapia tem se mostrado eficaz no tratamento da disfunção sexual, atuando no tratamento e na melhora da mobilidade da musculatura do assoalho pélvico, no alívio das dores e na prevenção e/ou tratamento das limitações das incapacidades físicas. (SCHVARTZMAN, 2016).

Dentre tantos tratamentos fisioterapêuticos em disfunções sexuais, tem se destacado técnicas de reabilitação neuromuscular, destacando a eletroestimulação, o *biofeedback*, a cinesioterapia, a terapia manual e a conscientização perineal que é de grande importância para o tratamento de transtornos sexuais. (LIMA *et al.*, 2016).

A cinesioterapia é um dos métodos mais utilizados para reabilitação perineal, pois proporciona conscientização corporal, hipertonia dos músculos perineal e ajuda na circulação sanguínea do local. Pode ser realizada com cones vaginais, conforme ilustrado na figura 4. Os cones vem em *kit* de 5 unidades com o mesmo formato, mas com pesos diferentes. Por este motivo é de grande importância a avaliação da paciente para escolher o cone indicado e assim ensinar o uso correto que é introduzir o cone na vagina e realizar exercícios em posição ortostática, fazendo com que a musculatura do períneo trabalhe e sustente o peso. Também pode ser realizada a cinesioterapia apenas através da contração muscular perineal, conhecido como exercícios de Kegel. (SCHVARTZMAN, 2016; RAMOS 2014).



Figura 4- Cones Vaginais  
Fonte:(TAVARES; VALENTIN,2010)

Segundo Lima *et al.*, (2016) os exercícios de Kegel tem como intuito o fortalecimento muscular. Podendo ser realizados de quatro maneiras, sendo que a ênfase é exercitar os músculos perineais e perivaginais, sendo elas: (1) contração dos músculos de forma rítmica; (2) tremulação que consiste em realizar a contração e descontração de maneira mais rápida que a anterior; (3) sucção que é a contração dos músculos do períneo como se estivesse sugando um objeto para dentro da vagina; (4) expulsão sendo esta quando tenta expulsar algo para fora, oposto do anterior.

Outro recurso utilizado é a eletroestimulação, tendo a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), a Estimulação Elétrica Funcional (FES) como métodos. Os parâmetros usados para a utilização dos mesmos são largura de pulso, frequência, tempo de sustentação, tempo de repouso e tempo de aplicação. O que diferencia essas duas técnicas é a presença do ciclo *on/off*. (MONTALTI *et al.*, 2012; QUARK PRODUTOS MÉDICOS, [2000?]).

O TENS proporciona o alívio da dor, seu funcionamento é baseado na teoria das portas da dor, fibras de grosso calibre tipo A e menor calibre tipo C, sendo que a informação do TENS é transmitida pela de grosso calibre, chegando mais rápido à medula. Normalmente é usado o TENS de baixa voltagem, pois tem o intuito de promover estimulação da fibra nervosa aferente. Já o FES tem como intuito o fortalecimento muscular, através da contração passiva, que promove o aumento do fluxo sanguíneo e conseqüentemente a redução da dor, além de reduzir a atrofia muscular. Há estudos que relatam também que esse método ajuda na sensibilidade e conscientização tátil, pois ativa as fibras sensoriais. (TRINDADE; LUZES, 2017; MONTALTI *et al.*, 2012).

Na tabela 1 é possível observar orientações quanto ao uso do posicionamento dos eletrodos.

Tabela 1 – Posicionamento dos eletrodos

TENS	FES	UROGINECOLÓGICO
Eletrodos auto adesivos deve estar posicionado a área anatômica relacionada a fonte da dor.	Eletrodos auto adesivos para eletroestimulação funcional deve ser a mesma dos pontos motores.	Com a eletroestimulação (sonda/ eletrodos) deve ser lubrificados com gel e inserindo no introito vaginal, não selecionando um ponto específico.

Fonte: Autoria própria – Adaptado (2019)

O *Biofeedback* quantifica a força da contração da musculatura pélvica, através da introdução da sonda vaginal, sendo possível ver o valor em um visor do aparelho. Esse proporciona a conscientização e contração e relaxamento de forma precisa, sendo uma forma de promover aprendizagem, através do controle voluntário do músculo. O treinamento mais comum com *biofeedback* é dos músculos fracos, promovendo diminuição de tensão do músculo, reeducação neuromuscular, entre outros. (TRINDADE; LUZES, 2017; SCHVARTZMAN, 2016).

Dentre os recursos de tratamento para a disfunção sexual o tratamento fisioterapêutico é indicado, pois além da paciente ter uma mudança na sua qualidade de vida e no seu humor, apresenta benefícios por ser um tratamento conservador, com menor custo e menor risco de vida, comparando a um procedimento cirúrgico ou medicamentoso. Para um bom resultado a paciente deve estar motivada e animada, sempre acompanhando sua evolução. (RAMOS, 2014).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Demonstrar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas na dispareunia.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elucidar a anatomia da pelve feminina;
- Discorrer sobre as disfunções sexuais;
- Discorrer sobre a dispareunia;
- Demonstrar as intervenções fisioterapêuticas na dispareunia.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é uma pesquisa descritiva quase experimental, executada por meio de um estudo de caso individual, com abordagem quantitativa.

A abordagem quantitativa entende-se quando a coleta de dados a pesquisa pode ser mensurado através de dados numéricos, podendo ser classificados e analisados através de técnicas estatísticas. Evitando assim interpretações de análise alternadas, tendo maior margem de segurança. (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

### 4.2 LOCAL E POPULAÇÃO

A pesquisa foi realizada na delimitação da clínica Gestar, localizada na travessa Alemanha, 1300, Setor 01, Ariquemes - RO, CEP- 76870-017, na sala de atendimento de fisioterapia, denominada consultório dois, juntamente com as orientações da fisioterapeuta do local.

A clínica Gestar atua há oito anos em Ariquemes-RO, voltada para atendimentos obstétricos, pré e pós-parto com horário de funcionamento de 08h00min a 18h00min horas de segunda-feira a sábado.

### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade entre 20 a 25 anos;
- Sexo feminino;
- Casada há pelo menos um ano;
- Apresentar o diagnóstico foco desta pesquisa (dispareunia);
- Realizar atendimento fisioterapêutico na clínica Gestar;
- Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não apresentar o diagnóstico com o foco da pesquisa (dispareunia);
- Apresentar outras patologias associadas como doenças cardiovascular, doenças crônicas, doenças psicológicas;
- Mulheres que estejam usando outra forma de tratamento para dispareunia;
- Ser solteira;
- Idade menor que 20 ou maior que 25 anos;
- Recusar-se a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### 4.5 COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

A pesquisa foi realizada após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – CEP/FAEMA conforme a resolução 466/12/CNS/MS, sob parecer número 3.168.365 25/02/2019 bem como, a participante do estudo receber todas as informações necessárias sobre os procedimentos, riscos e benefícios do estudo, antes de assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

#### 4.6 COLETA DE DADOS

No primeiro encontro, realizou-se a avaliação da paciente selecionada, mediante a ficha de avaliação adaptada e desenvolvida por Moreno (2009), (ANEXO B), a qual contém informações como dados pessoais, anamnese, exame físico e exames complementares, quando necessário, e sinais vitais. O exame físico teve como intuito a mensuração de dor, buscando especificar o local, tipo e intensidade, através da Escala Visual Analógica da Dor - EVA (ANEXO C); a mensuração da força muscular, a coordenação e controle do períneo foi mensurado através da escala Oxford (ANEXO D) (MORENO,2009; GOBBI; CARVALHO, 2009; CASTRO, 2012).

Ainda na avaliação utilizou-se um instrumento que faz a média da qualidade de vida da mulher voltada para sexualidade (QS-F) (ANEXO E), contendo 10

perguntas individuais, com os pontos de 0 a 100, sendo que 0 indica qualidade ruim e 100 excelente. Para o resultado foi somado todos os pontos e multiplicados por 2. Os resultados seguem um padrão sendo: 0 a 20: nulo ou ruim; 22 a 40: ruim a desconfortável; 42 a 60: desconfortável a regular; 62 a 80: regular a bom, 82 a 100: bom a excelente (MORENO, 2009).

A partir do segundo encontro foram realizadas as intervenções fisioterapêuticas com cinesioterapia utilizando cones vaginais ou bolinhas e *ben wa*, eletroterapia e *biofeedback*. O aparelho usado nas sessões foi o perina Stim, que consiste em um equipamento com funcionalidades de eletroterapia, englobando recursos de analgesia, como o uso da Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) e também fortalecimento muscular por meio da Estimulação Elétrica Funcional (FES), e o *biofeedback* (RAMOS, 2014; QUARK PRODUTOS MÉDICOS, [2000?]).

O tratamento teve a duração de 3 meses sendo realizadas 20 sessões, 2 vezes por semana, com duração de 50 minutos cada.

#### 4.7 ESTATÍSTICA

Ao término das 20 sessões de fisioterapia, foram repetidos os mesmos critérios de avaliação anteriores, sendo eles a ficha de avaliação adaptada e desenvolvida por Moreno (2009), os exames físicos, a escala visual analógica da dor – EVA, a escala Oxford e o questionário QS-F, a fim de comparar se a paciente obteve melhora ou não.

#### 4.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como o possível desconforto da paciente em responder alguns questionamentos da ficha de avaliação e exame físico; constrangimento ou timidez ao ficar desnuda para o exame físico e intervenção fisioterapêutica; desconforto durante a aplicação das técnicas fisioterapêuticas.

Em contrapartida o trabalho possui benefícios sendo de grande importância para contribuição de pesquisas científica, se tratando de um tema ainda pouco explorado, investigando a melhora da qualidade de vida das mulheres, melhora do coito, autoconfiança e conscientização do corpo feminino.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participante do estudo possui 24 anos de idade, é moradora do município de Ariquemes-RO, casada há um ano e três meses, professora há um ano, apresentando como queixa principal dor na relação sexual e o não desejo em realizar o ato há mais ou menos 10 meses. A participante relata que considera sua vida sexual inativa, pois não tinha relação há cerca de um mês. Faz o uso de anticoncepcional há mais de 6 anos, pratica caminhada, não é etilista e tabagista.

No primeiro encontro foi explicado para a participante o que seria realizado no decorrer das 20 sessões. Estabeleceu-se como diagnóstico cinético funcional: diminuição de força muscular pélvica, presença de dor (considerando no momento da relação sexual).

Na tabela 2 é possível observar a descrição das sessões fisioterapêuticas realizadas. Convém destacar que na primeira sessão realizou-se a avaliação, como descrito acima. Na 8<sup>o</sup> sessão foi realizada uma roda de conversa com a paciente, pois estava se sentindo abalada e desmotivada em relação ao tratamento e na 20<sup>o</sup> foi realizada a reavaliação da paciente. Além das condutas realizadas em ambulatório, a participante do estudo também recebeu orientações de exercícios a serem realizados em domicílio sendo indicado a partir da 7<sup>o</sup> sessão, fazendo o uso de conscientização corporal, uso da bola de *ben wa* e dos cones vaginais.

Tabela 2- Descrição das intervenções realizadas

SESSÃO	TÉCNICA	CONDUTAS
2° a 6°	Cinesioterapia com biofeedback	Paciente semi sentada com as pernas flexionadas realizou contrações rápidas 3 série de 8 repetições com repouso entre elas de 12 segundos. Contrações isométricas de 3 série de 8 repetições com 5 segundos, sendo intervalos entre elas de 15 segundos. Contrações rápidas, a paciente semi sentada com as pernas flexionadas entre elas uma bola de leite, sendo orientada a contrair e apertar a bola com o joelho ao mesmo tempo, sendo 3 série de 15 repetições, intervalos de 15 segundos. Ao decorrer das sessões, a intensidade dos exercícios foram aumentando.
7° a 9°	TENS	Tempo de largura de pulso de 100T(μs), frequência 200 (Hz), tempo de sustentação 2 seg., tempo de repouso 2x, com duração de 20 minutos, intensidade de 17 (mA). Com a paciente semi sentada com as pernas flexionadas. TENS para dor perineal com o tempo de largura de pulso de 100T(μs), frequência 200 (Hz), tempo de sustentação 2 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 15 minutos, intensidade de 17 (mA). Alterando os parâmetros de acordo com os dias.
8°	X	X
10° a 11°	FES	Largura de pulso de 200T(μs), frequência 30 (Hz), tempo de sustentação 2 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 20 minutos, intensidade de 21 (mA). Com a paciente semi sentada com as pernas flexionadas. FES, tempo de largura de pulso de 200T(μs), frequência 50 (Hz), tempo de sustentação 8 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 25 minutos, intensidade de 29 (mA). Alterando os parâmetros de acordo com os dias.
12° a 13°	Cinesioterapia com biofeedback	Paciente semi sentada com as pernas flexionada realizou contrações rápida de 4 série de 10 repetições sendo o repouso entre elas 45 segundos. Contrações isométricas de 5 série de 10 repetições com 6 segundos, sendo intervalos entre elas de 1 minuto. Contrações rápidas, a paciente semi sentada com as pernas flexionadas entre elas uma bola de leite, sendo orientada a contrair e apertar a bola com o joelho ao mesmo tempo, sendo 5 série de 10 repetições, intervalos de 10 segundos. Contrações rápidas, a paciente semi sentada com as pernas em extensão 4 série de 10 repetições, intervalos de 30 segundos. Ao decorrer das sessões, a intensidade dos exercícios foram aumentando.
14°	TENS/ FES	TENS- tempo de largura de pulso de 100T(μs), frequência 100 (Hz), tempo de sustentação 4 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 30 minutos, intensidade de 25 (mA),

		com a paciente semi sentada com as pernas flexionadas. FES- tempo de largura de pulso de 200T( $\mu$ s), frequência 30 (Hz), tempo de sustentação 4 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 20 minutos, intensidade de 21 (mA).
15° a 16°	Cinesioterapia com biofeedback	Paciente semi sentada com as pernas flexionadas fez contrações rápida de 3 série de 20 repetições sendo o repouso entre elas 45 segundos. Contrações isométricas de 3 série de 10 repetições com 10 segundos, sendo intervalos entre elas de 1 minuto. Contrações rápidas, a paciente ficando em pé com as pernas abertas, foi realizado 3 série de 10 repetições, intervalos de 1 minuto. Contrações isométricas de 3 série de 10 repetições com 10 segundos, sendo intervalos entre elas de 1 minuto. Ao decorrer das sessões, a intensidade dos exercícios foram aumentando.
17° a 18°	FES	Tempo de largura de pulso de 200T( $\mu$ s), frequência 30 (Hz), tempo de sustentação 4 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 20 minutos, intensidade de 17 (mA). Tempo de largura de pulso de 200T( $\mu$ s), frequência 80 (Hz), tempo de sustentação 8 seg., tempo de repouso 1x, com duração de 25 minutos, intensidade de 33 (mA). Com a paciente semi sentada com as pernas flexionadas. Alterando os parâmetros de acordo com os dias.
19°	Cinesioterapia com biofeedback	Paciente semi sentada com as pernas flexionadas com contrações rápida de 2 série de 20 repetições sendo o repouso entre elas 45 segundos. Contrações isométricas de 2 série de 20 repetições com 20 segundos, sendo intervalos entre elas de 1 minuto. Contrações rápidas, a paciente ficando com a semi sentada com as pernas flexionadas com a bola de leite entre os joelhos foi realizado 3 série de 20 repetições, intervalos de 1 minuto. Contrações isométricas de 3 série de 10 repetições com 20 segundos, sendo intervalos entre elas de 1 minuto. Ao decorrer das sessões, a intensidade dos exercícios foram aumentando.

Fonte: Autoria Própria (2019)

Após a concretização das sessões descritas na tabela 2 foi realizada novamente a avaliação da paciente, considerando os mesmos critérios anteriores da ficha de avaliação. Foram apresentadas as informações mais relevantes a fim de demonstrar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas utilizadas na dispareunia. Na tabela 3 são apresentados os achados pré e pós-intervenção.

Tabela 3 – Achados pré e pós intervenção

	Pré Intervenção	Pós Intervenção
Atividade sexual	Inativa	Ativa
Vida sexual	Ruim	Boa
Vontade de ter relação sexual	As vezes	As vezes
Dor durante a relação sexual	Sim (Penetração; Fricção)	Sim (Penetração)
Prazer em quais fases da relação	Excitação	Excitação; Durante a relação; Orgasmo
Desejo de urinar durante a relação sexual	Sim	Não
Consciência perineal	Presente/ Regular	Presente/ Ótima
Motivação	Ruim	Boa

Fonte: Autoria própria (2019)

Após a realização do estudo foi realizada a reavaliação da paciente, sendo possível observar através dos achados da ficha de avaliação uma melhora pertinente. Atividade sexual era considerada inativa após intervenção ativa; vida sexual ruim/ boa; dor durante a relação sexual Sim (Penetração; Fricção)/ Sim (Penetração); prazer em quais fases da relação na excitação/ excitação; durante a relação; Orgasmo; motivação ruim/ boa.

Segundo Delgado Ferreira e Sousa (2015), os recursos fisioterapêuticos como cinesioterapia, *biofeedback*, eletroestimulação estão sendo usados como técnicas de tratamento para as disfunções sexuais e os resultados têm sido positivos para proporcionar a conscientização perineal. O estudo também aponta que essas técnicas podem ser usadas para diversas alterações, como exemplo a incontinência urinária.

O *biofeedback* associado ao uso dos cones vaginais, pode proporcionar um aumento da conscientização perineal e pacientes com anorgasmia mostraram-se



satisfeitas após o uso desses recursos, pontuando uma melhora na satisfação sexual. Conforme relatado por Delgado, Ferreira e Sousa (2015).

Concomitante ao estudo apresentado anteriormente, Wolpe *et al.* (2015), relata que a técnica fisioterapêutica de cinesioterapia (usando o exercício de kegel) na musculatura do assoalho pélvico é satisfatória para disfunção sexual, pois ajuda na vascularização da região, promovendo a lubrificação e excitação. Com a realização do exercício por 10 minutos/dia já é possível perceber aumento na força muscular e uma maior frequência no orgasmo. Os mesmos autores realizaram a combinação da cinesioterapia com o *biofeedback* em mulheres com disfunções sexuais e também com incontinência urinária, mostrando um resultado bom, com a melhora da lubrificação, da função sexual e diminuição da dor.

O estudo desenvolvido por Camara *et al.* (2015), relata que o uso da eletroestimulação FES é um ótimo recurso para disfunção sexual como dispareunia e vaginismo, sendo usado para dessensibilizar a área e ir diminuindo a dor. O estudo mostra que o resultado do FES proporciona além da diminuição da dor, um aumento na frequência sexual.

O presente estudo está em consonância com os resultados pelos estudo citados, visto que a participante apresentava pouca conscientização do períneo, queixava-se de falta de orgasmo nas relações sexuais e a diminuição da lubrificação. Com o decorrer das sessões, a paciente relatou sentir prazer ao realizar atividade sexual e também presença de orgasmo com mais frequência.

A tabela 4 da escala visual analógica (EVA), é uma ferramenta que permite quantificar o grau de dor individual em determinadas situações. Esta escala tem a numeração de 0 a 10, sendo que 0 não sente dor e 10 é o pico da dor. É possível notar através da escala de EVA que ao início do tratamento a paciente referia dor grau 5 ai termino grau 2.

Tabela 4- Escala Visual Analógica (EVA)

	<b>Pré Intervenção</b>	<b>Pós Intervenção</b>
EVA	5	2

Conforme o estudo desenvolvido por Silva (2018), o TENS é o método que tem efeito analgésico, sendo de fácil aplicação, seu uso é de corrente de baixa frequência agindo nas fibras transitórias da dor. Ele mostrou que a eletroestimulação é benéfica em relação à dor, mas identificou também que a massagem perineal é tão eficaz quanto o TENS, sendo que uma intervenção não pode ser considerada superior a outra.

Um estudo randomizado com pacientes com dor pélvica crônica associada a dispareunia faz a comparação da eletroestimulação com um grupo placebo e observou que a eletroestimulação obteve mais eficácia comparado ao grupo placebo (BERNARDES et al, 2011 *apud* SILVA, 2018. p. 41).

De acordo com o trabalho de Mira (2015) que teve objetivo tratar mulheres com dores pélvicas crônicas e profundas (dispareunia) devido endometriose profunda, sendo usado o TENS com vários tipos de aplicação (acupuntura e auto aplicada) como recurso fisioterapêutico, o mesmo relata que é necessário mais estudos relevantes a esse tema, sendo de difícil procura estudos científicos para comparação. Relata que o uso do tens como tratamento complementar para de doenças crônicas da dor pélvica e dispareunia foi satisfatório, em relação a diminuição da dor, levando em consideração também a melhora da qualidade de vida.

Levando com consideração os estudos acima, em que relata a eletroestimulação TENS como um recurso benéfico para o tratamento da dor, obteve resultados positivos com a paciente neste estudo desenvolvido, podendo ser observado da tabela 3.

A tabela 5 apresenta a Escala de Oxford que possibilita mensurar a força muscular perineal da paciente. A quantificação desta escala vai de 0, tendo a ausência da contração muscular e 5 que é considerada uma contração forte que consegue se sustentar. A paciente no começo do tratamento conseguiu realizar a força 2, presença de contração de pequena intensidade, mas que e sustenta e ao termino força 3, sendo contração moderada, sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal.

Tabela 5 - Escala de Oxford

	<b>Pré Intervenção</b>	<b>Pós Intervenção</b>
Escala de Oxford	2	3

Fonte: Autoria própria (2019)

Conforme Câmara et al. (2015), que realizaram exercícios de Kegel em um grupo de pessoas, durante 6 semanas por 10 minutos, duas vezes por dia, no final das 6 semanas observou melhora da força muscular do assoalho pélvico, aumento da frequência do orgasmo.

De acordo com Montalti et al. (2012), o FES é um método usado para a melhora da força muscular do assoalho pélvico, este estudo utilizou o FES em dois grupos, associado a outros recursos (exercício e biofeedback) com 12 sessões uma vez ao dia com duração de 15 minutos, melhorando a capacidade de contração e relaxamento as mulheres relataram uma relação sexual satisfatória. Os autores sugerem que apesar de o FES ser um método de fortalecimento muscular, pode ser usado também como método de relaxamento e de diminuição da dor, sendo algo contraditório do objetivo principal, mas mostrou-se benéfico e satisfatório para relação sexual.

Através dos estudos citados acima, podemos observar que os exercícios de Kegel e os recursos eletroterapêuticos são capazes de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico. Esses achados foram de acordo com o presente estudo, pois foi possível observar a melhora da sua força muscular da paciente, bem como a melhora da conscientização corporal.

A tabela 6, se trata de um questionário capaz de demonstrar a qualidade sexual, neste questionário a paciente pode responder as 10 questões em que cada uma delas tem a numeração de 0 a 5, marcando um X no quadro em que mais se encaixar. Após suas respostas, o fisioterapeuta deve realizar o cálculo para chegar ao resultado com a pontuação pré determinadas de 0 a 100, quanto menor a pontuação é considerada ruim, quanto maior a qualidade sexual é melhor. A paciente antes do tratamento pontuou 38 (Ruim a Desfavorável) ao final 68 (Regular a Bom).

Tabela 6 - Questionário de Qualidade Sexual (QS-F)

	<b>Pré Intervenção</b>	<b>Pós Intervenção</b>
QS-F	38 (Ruim a Desfavorável)	68 (Regular a Bom)

Fonte: Autoria própria (2019)

O estudo de Antonioli e Simões (2010) informa que a disfunção sexual altera consideravelmente a qualidade de vida da mulher, sendo compreendida como um problema de saúde pública, considerando a grande porcentagem de mulheres que sofrem com essa disfunção. A fisioterapia tem se mostrado um caminho para o tratamento desses problema de saúde, sendo um trabalho inovador e podendo trazer benefício para as mulheres.

Conforme o estudo de Barreto (2018) a qualidade de vida é entendida como uma série de modelos padrões, de uma dimensão de vida do indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é considerada um bem estar físico, emocional e mental, não caracterizada apenas pela ausência de doença. A sexualidade também está relacionada a qualidade de saúde pois afeta os fatores biológico, psicológico e social. A alteração na saúde sexual afeta também a relação com o parceiro, crenças e sentimentos.

Segundo Lima et al. (2010), o questionário usado para avaliação de disfunção sexual são de grande importância e vem sendo usados ao decorrer do tempo por estudiosos envolvidos no comportamento sexual. Sendo usados para dados epidemiológicos e também para estudos clínicos, podendo auxiliar no diagnóstico de disfunção sexual, sendo de fácil aplicação e fácil entendimento. O questionário é um instrumento multidimensional, nas quais são considerados todos os aspectos comportamentais e emocionais, mas ressalva que não se pode substituir a análise da paciente (anamnese) e exame físico para um diagnóstico.

Para Fortunato ([2011?]) a musculatura do assoalho pélvico é de grande importância para o papel da sexualidade feminina, pois quando estão enfraquecidos se tornam músculos hipotônicos prejudicando a função sexual, podendo ter alteração em uma das fases da resposta sexual. Para a avaliação pode ser usado o questionário de qualidade sexual (QS-F), sendo bem completo e permite obter informações quanto ao desempenho e satisfação sexual da mulher. Esse questionário foi usado no presente estudo.

Como relatado, a disfunção sexual é uma alteração que compromete o estado psíquico, social e biológico, modificando consideravelmente a qualidade de vida da mulher. O questionário de qualidade sexual é capaz de informar o desempenho e satisfação sexual da mulher, tornando mais fácil traçar uma conduta para a paciente.

## CONCLUSÃO

O presente estudo corrobora para uma análise sobre disfunção sexual feminina, possibilitando mostrar a importância do conhecimento, pois é alarmante a quantidade de mulheres que sofrem por alterações sexuais e não procuram ajuda, seja por falta do conhecimento ou vergonha de relatarem que sofrem com alguma alteração.

Com este trabalho foi possível discorrer sobre a anatomia da pelve, esclarecendo a diferença entre a pelve feminina e masculina, explicando a importância das estruturas que a compõem para favorecer sua funcionalidade, sendo estas estruturas ossos, músculos, órgãos e ligamentos.

O estudo é de grande importância, pois estimula as mulheres a conhecerem e entenderem mais sobre seu corpo e estarem cientes de que a disfunção sexual é considerada qualquer transtorno, podendo ser no desejo, excitação, alteração no orgasmo, transtorno dolorosos, disfunção devido às condições médicas em geral, entre outras.

A dispareunia, que é o foco do estudo, considerada um transtorno sexual doloroso, por este motivo a mulher sente dor na reação sexual, fazendo com que a mulher não sinta prazer em praticar a relação, conseqüentemente trazendo várias alterações, emocionais, sociais, psicológicas.

De um modo geral os recursos fisioterapêuticos utilizados demonstraram benefícios sendo eles os de eletroestimulação, TENS que permite a inibição da dor com a utilização de um eletrodo intravaginal, agindo na fibra de grosso calibre permitindo que a informação chegue mais rápido à medula. O FES que ajuda no fortalecimento muscular através da contração passiva, fazendo com que a musculatura do assoalho pélvico se contraia e aumente o fluxo sanguíneo do local. A cinesioterapia, que é um método de fortalecimento muscular do assoalho pélvico, podendo utilizar acessórios, como cones vaginais e bola de ben wa; pode ser realizada também com o aparelho biofeedback que ajuda no fortalecimento e conscientização muscular, sendo inserida no canal vaginal uma sonda que permite que a paciente consiga ver até onde ela mesma alcança. Todos estes recursos utilizados no estudo proporcionaram melhora significativa para a paciente, podendo ser observado pela reavaliação da paciente.

Entretanto não foi possível obter um resultado 100% satisfatório, pois o grau de disfunção da paciente deve ser levado em consideração, sendo pequeno número de sessão proposta em comparação a gravidade da disfunção que a paciente apresentava, com isso uma consequência de limitações de estudo.

Dado a relevância do tema que ora se investiga, sugere-se novos estudos a fim de aprofundar o conteúdo, pois é difícil encontrar artigos científicos, estudos, pesquisas e projetos na área, que carece de esclarecimento, divulgação e dedicação de profissionais para os próprios poderem se embasarem para traçar um bom tratamento para seus pacientes e estudantes da fisioterapia no intento de melhor servir as mulheres que necessitam destes para melhoria da qualidade de seus relacionamentos e conseqüentemente de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem Fisioterapêutica Nas Disfunções Sexuais Femininas. **Rev. Neurocienc.**, Teresópolis, v. 2, n. 18, p.267-274, ago., 2010.

BARRETO, Ana Paula Pitiá et al. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.511-517, 30 nov. 2018. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i4.2159>

CAMARA, Letícia Leiko et al. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Fisioterapia Brasil**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.165-180, mar. 2015.

CASTRO, Larissa Araújo de et al. **Efeito da cirurgia bariátrica na função do assoalho pélvico**. Curitiba, v. 25, n. 4, p.263-268, jan. 2012.

COFFITO. RESOLUÇÃO N° 372 DE 6 DE NOVENBRO DE 2009. **Reconhece como Especialista de Fisioterapia na Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências**. 2009.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau**, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008

DELGADO, Alexandre Magno; FERREIRA, Isaldes Stefano Vieira; SOUSA, Mabel Araújo de. Recursos Fisioterapêuticos Utilizados no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas. **Catussaba**, [s.l.], v. 1, n. 4, p.47-65, out. 2015.

FORTUNATO, GeorgiaLuchtenberg et al. **Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres**. Curitiba, v. 2, n. 6, p.143-158, [2011?].



GERIN, Larissa. **A ocorrência de dispareunia entre mulheres: como fica a saúde sexual?**. Dissertação (Mestrado) – Curso em Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2008.

GOBBI, Fátima Cristina Martorano; CAVALHEIRO, Leny Vieira. **Fisioterapia Hospitalar: Avaliação e planejamento do tratamento fisioterapêutico**. São Paulo: Atheneu, 2009.

KLEIN, Neiva Teresinha; ROCHA, Mônica Torinelli. **Avaliação do assoalho pélvico**: Investigação da execução em consultas ginecológicas de rotina. 2011. 28 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Universitário de Brasília – Uniceub, Brasília.

LARA, Lúcia Alves da Silva et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 30, n. 6, p.311-321, 30 jun. 2008.

LAROSA, Paulo Ricardo R. **Anatomia humana: texto e atlas** / Paulo Ricardo R. Larosa. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LIMA, Raíssa Gabriella Rabelo et al. Tratamento Fisioterapêutico nos Transtornos Sexuais Dolorosos Femininos: Revisão Narrativa. **Revista Eletrônica de Recife**, Recife, v. 2, n. 1, p.2-10, jun. 2016.

LIMA, Sonia Maria Rosa et al. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med.**, São Paulo, v.1, n.55, p.1-6, 2010.

LUZ, João António Almeida da. **A Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina**. 2008. 98 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fisioterapia, Universidade Atlântica Licenciatura em Fisioterapia, Barcarena, 2009.

MARQUES, Florence Zanchetta Coelho; CHEDID, Simone Braga; EIZERIK, Gibrahn Chedid. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 7, n. 17, p.175-183, 2008.

MARQUES, Marília Rossato. Noções gerais da profissão: definição e histórico. In: MARQUES, Marília Rossato. **Introdução à profissão: Fisioterapia**. Porto Alegre: Abdr, p. 11-13, 2017.

MEIRA, Luís Batista. **Sexos: Aquilo que os pais não falaram para os filhos**. 95°. ed. João Pessoa: Editora Universitária Ufpb, 2017.

MIRA, Ticiania A.a. et al. Effectiveness of complementary treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, [s.l.], v. 194, p.1-6, nov. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.07.009>.

MONTALTI, Camila Stein et al. Eletroterapia aplicada às disfunções sexuais femininas: revisão sistemática. **I Encontro Nordestino de Fisioterapia em Saúde da Mulher – Enfism**, Campinas, v. 13, n. 6, p.45-50, nov./ dez.2012.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2. Ed. Barueri: Manole, 2009.

NETTER, Frank H.. **Atlas de anatomia humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PIASSAROLLI, Virginia Pianessole. **Treinamento muscular do assoalho pélvico nas Disfunções Sexuais Femininas**. 2009. 86 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Fisioterapia, Unicamp, Campinas, 2009.

QUARK PRODUTOS MÉDICOS. **Perina Stim (portátil): Biofeedback e Estimulador** Aparelho eletromédico portátil de terapia via eletroestimulação neuromuscular e biofeedback de pressão. Piracicaba: Mendes e Barbosa, [2000?]. 22 p. Manual.

Disponível em: <<http://quarkmedical.com.br/pdf/PERINASTIM.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2019

RAMOS, Laira. **Reabilitação Perineal Ativa**. 1. Ed. [S.l.], edição do Autor, p. 1-75, 2014.

SILVA, Ana Rita Monteiro Gomes da. **Estudo Biomecânico da Cavidade Pélvica da Mulher**. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia Biomecânica, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, [s.l.], 2012.

SILVA, Ana Paula Moreira da. **Abordagem fisioterapêutica da dispareunia na mulher com Dor Pélvica Crônica**: Comparação entre duas técnicas. 2018. 69 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

SCHVARTZMAN, Renata. **Intervenção Fisioterapêutica em Mulheres Climatéricas com Dispareunia**: Ensaio Clínico Randomizado. 2016. 79 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

TAVARES, Ângela; VALENTIN, Erika Kirsthine. Terapêutica Urogenital: Reabilitação do Assoalho Pélvico. In: BORGES, Fabio dos Santos. **Modalidades Terapêuticas das disfunções estéticas**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2010. Cap. 20. p. 492.

TRINDADE, Santrine Bezerra; LUZES, Rafael. Atuação Do Fisioterapeuta Nas Disfunções Sexuais Femininas, **Revista discente da UNIABEU**, [s.l.], v. 5, n. 9, p.10-16, jun. 2017.

VALADARES, Gislene C. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. **Archives Of Clinical Psychiatry** (São Paulo), [s.l.], v. 33, n. 3, p.117-123, 2006.

VETTORAZZI, Janete et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista Hcpa**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 4, p.413-479, 2012.

WOLPE, Raquel Elaine et al. Physicaltherapy in sexuallydysfunctionalwomen: a systematicreview. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.87-92, 2015.

## ANEXOS

### ANEXO A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido - TCLE

NOME DO PARTICIPANTE:.....  
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: M\_\_\_ F\_\_\_  
 DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
 ENDEREÇO: ..... Nº .....  
 BAIRRO:.....  
 CIDADE.....ESTADO.....  
 CEP:.....TELEFONE:.....

Convido o Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada “Intervenção Fisioterapêutica na Dispareunia”, conduzido pelo acadêmico pesquisador assistente Laura Helena da Costa Aquino, acadêmica do 8º período de Fisioterapia sob número de matrícula 17986, residente na Rua Monteiro Lobato Setor 06 nº 3436, contato (69) 9- 9900-5793 email: laura.c.aquino5@gmail.com, sob supervisão da pesquisadora responsável Espº Patrícia Caroline Santana, professora do Curso de Fisioterapia da FAEMA, Avenida Machadinho 4349, Setor 6, Ariquemes-RO, contato pode ser realizado no telefone (69) 3536-6600 email:patricia.santana541@gmail.com.

A pesquisa tem como finalidade demonstrar a eficácia das técnicas fisioterapêuticas na dispareunia.

O estudo será iniciado por uma avaliação, através de uma ficha de perguntas, que contém informações como dados pessoais, exame físico, teste específicos para o problema em questão. O exame físico acontecerá através de escalas, sendo a de EVA (que mensura a grau da dor da paciente); a escala de Oxford (mensura a força muscular da paciente); também a aplicação de um questionário de satisfação sexual feminina (QS-F). Todas as sessões terá em média 50 minutos, com duração de 3 meses sendo realizado 20 sessões, 2 vezes por semana.

Ao decorrer serão realizadas as intervenções fisioterapêuticas dentre elas a cinesioterapia, sendo um recurso manual, eletroterapia, com aparelhos eletro terapêuticos, eles favorecem a diminuição de dor (tens) e fortalecimento d

musculatura do períneo (fes) e o biofeedback, que favorece o autoconhecimento vaginal, mensura o grau de força muscular.

Os riscos envolvidos na participação desta pesquisa como um possível desconforto da paciente em responder alguns questionamentos da ficha de avaliação e exame físico; constrangimento ou timidez ao ficar desnuda para o exame físico e ao decorrer das sessões; desconforto durante a aplicação das técnicas fisioterapêutica, como o uso da cinesioterapia, eletroterapia.

Quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa podem ser realizados antes e durante a realização do estudo, conforme a resolução 466/12. Você está sendo convidado a participar, porém você pode se recusar ou desistir em qualquer fase da pesquisa sem penalidade ou prejuízo. Há garantia de confidencialidade, de privacidade, de anonimato frente as suas informações coletadas na entrevista. As informações obtidas nesta pesquisa não serão, de maneira alguma, associadas à sua identidade e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem autorização oficial. Estas informações poderão ser utilizadas para publicação em revista científica, resguardando a sua total privacidade e anonimato.

Sabendo dos propósitos do estudo, o método utilizado durante a pesquisa e o acompanhamento, concordo em participar deste estudo:

**Concordo**

**Não concordo**

---

**Assinatura do participante**

---

**Pesquisador Responsável: Patricia Caroline Santana**

**(69)9-8423-4650**

**[patricia.santana541@gmail.com](mailto:patricia.santana541@gmail.com)**

---

**Pesquisador Assistente: Laura Helena da Costa Aquino**

**(69) 9-9900-5793**

**[laura.c.aquino5@gmail.com](mailto:laura.c.aquino5@gmail.com)**



## EM QUAIS ATIVIDADES VOCÊ PERDE MAIS URINA?

- tosse     agachamento     erguimento de peso     riso  
 espirro     caminhada     relação sexual     contato com água  
 outros: .....

## QUANTIDADE DE PERDA DE URINA:

- em gotas                       em jato                       contínua

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA:

- leve                       moderada                       intensa

Obs: .....

## HÁ QUANTO TEMPO INICIARAM-SE OS SINTOMAS?

- menos de 6 meses     menos de 1 ano     de 1 a 4 anos     de 4 a 8 anos  
 de 8 a 12 anos     mais de 12 anos     mais de 20 anos

## DESDE QUE COMEÇOU, COMO ESTÁ O SINTOMA?

- igual                       piorou                       melhorou

Frequência urinária dia/noite:    /    Uso de forros:  sim     não

Trocas: .....

Tipo de forro: .....

## VOCÊ SEGURA MUITO A URINA?

- sim     não    Por quanto tempo? .....

## SISTEMA INTESTINAL:

- normal                       constipação                       hemorróidas  
 todos os dias                       \_\_\_\_ vezes ao dia                       \_\_\_\_ vezes por semana

## VOCÊ NECESSITA DE ALGUMA MANOBRA ESPECIAL PARA EVACUAR?

- sim     não    Qual? .....  
 perde gases                       perde fezes líquidas                       perde fezes sólidas

## EM QUAL POSIÇÃO VOCÊ EVACUA?

- sentada em vaso sanitário     agachada                       em fossa  
 outras: .....



VOCÊ TOMA ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO PARA EVACUAR?

sim  não Qual? ..... Freqüência: .....

VOCÊ VAI AO BANHEIRO SEM ESTAR COM VONTADE?

sim  não Urinar

sim  não Evacuar

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA:

Gesta: ..... Para: ..... Cesárea: ..... Normal: .....  
 Aborto: ..... Peso RN maior/menor: ..... / .....

CIRURGIA GINECOLÓGICA?

sim  não Quantas? .....

Tempo: ..... Qual? .....

Tempo: ..... Qual? .....

Tempo: ..... Qual? .....

Menarca: ..... Menopausa? .....

HOVE MELHORA DOS SINTOMAS?

sim  não

FEZ FISIOTERAPIA?

sim  não

FEZ USO DE TRH?

sim  não Quanto tempo? .....

FEZ USO DE AHO?

sim  não Outros: .....

AVDs:

Atividade física:

sim  não Pgressa: .....

Freqüência/tempo: .....

VOCÊ EVITA FAZER ALGUMA COISA POR CAUSA DA PERDA DE URINA?

sim  não O quê? \_\_\_\_\_

HÁBITOS:

Cigarro:  sim  não Quantos por dia? \_\_\_\_\_

Álcool:  sim  não Quanto por dia? \_\_\_\_\_

Drogas:  sim  não Que tipo? \_\_\_\_\_

ALIMENTOS:

café Quantidade: \_\_\_\_\_

adoçante Quantidade: \_\_\_\_\_

frutas ácidas Quantidade: \_\_\_\_\_

refrigerantes Quantidade: \_\_\_\_\_

comidas apimentadas Quantidade: \_\_\_\_\_

chás cafeinados Quantidade: \_\_\_\_\_

chocolates Quantidade: \_\_\_\_\_

VOCÊ EVITA O CONSUMO DE LÍQUIDOS?

sim  não Ingestão de líquidos: \_\_\_\_\_L

ATIVIDADE SEXUAL:

ativa Freqüência \_\_\_\_\_  inativa Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

VIDA SEXUAL:

ótima  boa  ruim  péssima

VOCÊ TEM VONTADE DE TER RELAÇÃO SEXUAL?

sempre  muitas vezes  às vezes  nunca

VOCÊ SENTE DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL?

sim  não Em que momento? \_\_\_\_\_

**VOCÊ SENTE PRAZER NAS SEGUINTE FASES?**

- Excitação:                     sim         não  
Durante a penetração:        sim         não  
Durante a relação:            sim         não  
Orgasmo:                       sim         não

**VOCÊ SENTE DESEJO DE URINAR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL?**

- sim     não

**VOCÊ MUDOU SUA ATIVIDADE SEXUAL PELO PROBLEMA DE PERDA URINÁRIA?**

- sim     não    O quê?
- .....

**SEU MARIDO SABE SOBRE A PERDA DE URINA?**

- sim     não

**ESTADO EMOCIONAL:**

.....

.....

.....

**OBS.:**

.....

.....

**HISTÓRICO:****ANTECEDENTES FAMILIARES:****Neoplasias:**

.....

**Doenças circulatórias:**

.....

**Doenças urinárias:**

.....

**Doenças neurológicas:**

.....

**Outros:**

.....

**ANTECEDENTES PESSOAIS:**

Neoplasias: \_\_\_\_\_

Doenças circulatórias: \_\_\_\_\_

Doenças urinárias: \_\_\_\_\_

Doenças neurológicas: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTOS:** radioterapia quimioterapia outros

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tipo e região do CA: \_\_\_\_\_

Implante metálico/marca-passo cardíaco: \_\_\_\_\_

Medicamento	Dosagem	Tempo	Causas

**EXAME FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

**ESTADO FÍSICO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TESTES:**

Clitoriano: \_\_\_\_\_

Bulbocavernoso: \_\_\_\_\_

Cutâneo anal: \_\_\_\_\_

Tosse: \_\_\_\_\_

## LACERAÇÃO PERINEAL:

sim  não Grau: .....

## PRESENÇA DE DISPLASIAS:

sim  não Estado: .....

Qual? .....

Obs.: .....

## CONSCIÊNCIA PERINEAL:

presente  ausente  1ª vez  a partir da 2ª vez  
 ótima  boa  regular  ruim  ausente

## MOTIVAÇÃO:

boa  ruim  ausente

## Força perineal: AFA

P .....

E .....

R .....

F .....

E .....

C .....

T .....

Perineômetro: \_\_\_\_\_ mmHg (média de três contrações)

## ESTUDO URODINÂMICO:

Data: / / .....

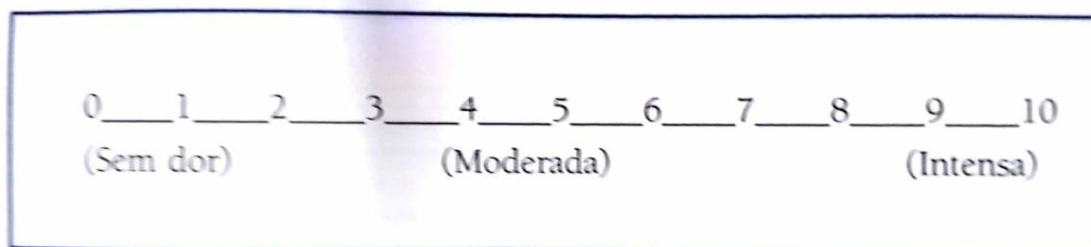
F. médio: \_\_\_\_\_ mL/s Vol. urina: \_\_\_\_\_ mL F. máximo: \_\_\_\_\_ mL/s

Padrão de curva: \_\_\_\_\_ TT micção: \_\_\_\_\_ s Resíduo miccional: \_\_\_\_\_ mL

CV 1º desejo: \_\_\_\_\_ mL CV máxima: \_\_\_\_\_ mL Complacência: .....

## CONTRAÇÃO NÃO INIBIDA?

sim  não Volume: \_\_\_\_\_ mL Perda: \_\_\_\_\_ mL

**ANEXO C – Escala Analógica-visual de Dor - VAS****ESCALA ANALÓGICA-VISUAL DE DOR – VAS**

FONTE: (GOBBI; CAVALHEIRO, 2009).

**ANEXO D – Escala de Oxford**

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

FONTE: (CASTRO, 2012).

## ANEXO E – Quociente sexual – versão feminina – QS-F

### QUOCIENTE SEXUAL - VERSÃO FEMININA (QS- F)

0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = aproximadamente 50% das vezes, 4 = a maioria das vezes, 5 = sempre. Apenas no item 7, o resultado é inverso: 0 = sempre, 1 = a maioria das vezes, 2 = aproximadamente 50% das vezes, 3 = às vezes, 4 = raramente e 5 = nunca.

Marque com um "X" a alternativa que se aplica a você	0	1	2	3	4	5
1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?						
2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?						
3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, jogos, etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?						
4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?						
5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?						
6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?						
7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?						
8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?						
9. Você consegue atingir o prazer máximo (orgasmo) nas relações sexuais que realiza?						
10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?						

**Cálculo:** Some tudo e multiplique por 2.

**Resultado:**

82 a 100 pontos = bom a excelente

62 a 80 pontos = regular a bom

42 a 60 pontos = desfavorável a regular

22 a 40 pontos = ruim a desfavorável

0 a 20 pontos = nulo a ruim

FONTE: (MORENO, 2009).