



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

CÉLIA SANTANA DE OLIVEIRA CAMPANARI

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

ARIQUEMES

2021

CÉLIA SANTANA DE OLIVEIRA CAMPANARI

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia da FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

Orientador (a): Prof.^a Esp. Clediane Molina de Sales.

ARIQUEMES-RO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C186a Campanari, Célia Santana de Oliveira.
Atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. /
Célia Santana de Oliveira Campanari. Ariquemes, RO: Faculdade
de Educação e Meio Ambiente, 2021.
50 f. ; il.
Orientador: Prof. Esp. Clediane Molina de Sales.
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Fisioterapia
– Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes RO, 2021.

1. Disfunção Sexual Feminina. 2. Modalidade Terapêutica. 3.
Sexualidade Feminina. 4. Fisioterapia uroginecológica. 5.
Transtorno sexual. I. Título. II. Sales, Clediane Molina.

CDD 618

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

CÉLIA SANTANA DE OLIVEIRA CAMPANARI

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia da FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

Banca examinadora

Prof.^a Esp. Clediane Molina de Sales
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Ma. Patricia Caroline Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Ma. Jéssica Castro dos Santos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

ARIQUEMES-RO

2021

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial na minha vida, ao meu esposo Manoel Campanari pela dedicação e compreensão ao longo do curso e pelo incentivo à realização deste trabalho e a minha princesa Vitória Reinaga Campanari por ser a luz do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus, por ter me guiado e sustentado durante esta longa caminhada, pois Ele sempre esteve me fortalecendo nos momentos difíceis para que eu nunca desistisse dos meus sonhos.

Ao meu amado esposo Manoel Campanari da Silva que sempre acreditou em mim, e esteve ao meu lado me incentivando e mostrando que eu era capaz, que dividiu as tarefas domésticas comigo para que eu conseguisse entregar as atividades em dias, que pode compreender minhas ausências durante todo esse período.

As minhas amigas Tauana Silva Babora e Rosiclei M. M. Lopes pelo apoio durante toda essa jornada, estiveram me ajudando e contribuindo nos trabalhos, sempre estiveram segurando em minhas mãos e me ajudando a prosseguir, que em inúmeras vezes disponibilizaram um tempo para meus desabafos, que me ajudaram a enxugar as lágrimas, me confortaram e incentivaram afirmando que tudo iria dar certo. Ah! Vocês me ajudaram tanto, quantas barreiras, situações vivi nesse tempo e vocês ali. “Vocês nunca sairão da minha vida”.

Aos meus professores e às minhas professoras pelas correções e ensinamentos que me permitiram um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

Agradeço a minha professora a qual eu escolhi como minha orientadora Clediane Molina de Sales que com toda paciência, fez a correção do TCC e se dispôs do seu tempo para me auxiliar na construção do meu trabalho, me ensinando e dando dicas aos meus erros.

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 depositaram em mim.

RESUMO

As disfunções sexuais femininas (DSF) referem-se ao transtorno em uma ou mais etapas da resposta sexual. As DSF podem ser desencadeadas por distúrbios biológicos, intrapsíquicos ou conflitos de caráter pessoal, podendo ter a associação dos três fatores em conjunto. A resposta sexual feminina pode ter prejuízo quando a paciente apresentar distúrbios emocionais, estresse e falta de informação da fisiologia sexual. Dentre as disfunções se destacam: dor pélvica crônica, anorgasmia secundária, vaginismo e dispareunia, que são as de maior incidência. Para compreender estas disfunções sexuais é necessário o entendimento primário da sexualidade feminina e seus padrões, ter conhecimento das fases da resposta sexual feminina. A fisioterapia é um avanço recente no tratamento desses distúrbios, ainda pouco divulgado à população. Esta série de alterações sexuais afeta a qualidade de vida, saúde física e mental, da mulher e de seu parceiro, tornando o estudo dessas disfunções sexuais femininas e seus tratamentos de extrema relevância nos serviços de saúde. Considera-se de extrema relevância para o processo fisioterapêutico de tratamento, o conhecimento corporal, principalmente em relação à morfologia e a funcionalidade dos órgãos que o compõem; considerando que as respostas aos estímulos cinesioterápicos estão intimamente ligadas a estes componentes e as técnicas empregadas. Esta revisão tem por objetivo discorrer a atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. O presente estudo constitui um levantamento bibliográfico sobre a atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. Foi realizada uma revisão da literatura incluindo livros, periódicos, impressos e eletrônicos de 2006 a 2021 para embasamento do trabalho. Observou-se que a fisioterapia constitui uma opção viável e eficaz, que, juntamente a outras opções terapêuticas auxiliam no reestabelecimento de uma vida sexual saudável às mulheres afetadas.

Palavras-chave: Disfunção Sexual Feminina. Modalidade Terapêutica. Sexualidade Feminina. Fisioterapia uroginecológica.

ABSTRACT

Female sexual dysfunctions (FSD) refer to the disorder in one or more stages of the sexual response. DSF can be triggered by biological and intrapsychic disorders or conflicts of a personal nature, which may have the association of the three factors together. The female sexual response can be impaired when the patient has emotional disturbances, stress and lack of information about sexual physiology. Among the dysfunctions, the following stand out: chronic pelvic pain, secondary anorgasmia, vaginismus and dyspareunia, which are the most common. To understand these sexual dysfunctions, it is necessary to have a primary understanding of female sexuality and its patterns, to have knowledge of the phases of the female sexual response. Physiotherapy is a recent advance in the treatment of these disorders, still little known to the population. This series of sexual changes affects the quality of life, physical and mental health, of women and their partners, making the study of these female sexual dysfunctions and their treatments extremely relevant in health services. It is considered extremely relevant for the physical therapy process of treatment, body knowledge, especially in relation to the morphology and functionality of the organs that compose it; considering that the responses to kinesiotherapy stimuli are closely linked to these components and the techniques used. This review aims to discuss the physical therapy role in female sexual dysfunctions. The present study constitutes a bibliographical survey on the role of physiotherapy in the treatment of female sexual dysfunctions. A literature review including books, periodicals, print and electronics from 2006 to 2021 was carried out to support the work. It was observed that physiotherapy is a viable and effective option, which, together with other therapeutic options, help to reestablish a healthy sex life for affected women.

Keywords: Female Sexual Dysfunction. Therapeutic modality. Female Sexuality. Urogynecological Physiotherapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Anatomia externa do aparelho reprodutor feminino.....	16
Figura 2 - Vista da região do assoalho pélvico em posição de litotomia.....	16
Figura 3 - Sistema urinário e genital feminino.....	17
Figura 4 - Modelo de Master e Johnson, e adaptado por Kaplan.....	20
Figura 5 – Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico.....	33
Figura 6 – Aparelho de biofeedback.....	34
Figura 7 – Cones vaginais.....	35

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CM	Centímetros
DCTN	Doença Crônica não Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPC	Dor Pélvica Crônica
DSF	Disfunção Sexual Feminina
DSH	Desejo Sexual Hipoativo
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FSFI	Female Sexual Function Index
G	Gramas
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	MEDlars onLINE
mmHg	Milímetros de Mercúrio
PubMed	Service de U.S. National Library of Medicine
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SNC	Sistema Nervoso Central

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	16
4.2 FISIOLOGIA DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA	19
4.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	21
4.3.1 Dispareunia feminina	24
4.3.2 Dor pélvica crônica (DPC)	25
4.3.3 Transtorno de excitação ou frigidez	26
4.3.4 Desejo sexual hipoativo (DSH) ou desejo sexual inibido	27
4.3.5 Anorgasmia	28
4.3.6 Vaginismo	28
4.4 INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	29
4.5 PRINCIPAIS MODALIDADES E RECURSOS DE TRATAMENTO	31
4.5.1 Cinesioterapia	32
4.5.2 Eletroestimulação	33
4.5.3 Ginástica Abdominal Hipopressiva	34
4.5.4 Biofeedback	34
4.5.5 Cone vaginal	35
4.5.6 Exercício de kegel	36
4.5.7 Terapia manual (toque bidigital)	37
4.5.8 Orientações domiciliares	38
4.6 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA	38
5 CONCLUSÃO	40
6 REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	49
ANEXO A - RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO	49
ANEXO B – CURRÍCULUM LATTES	50

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade diz respeito a qualidade de vida do ser humano. Ela está ligada às áreas sentimental e emocional, às integrações e ações, como também à saúde física e mental. A saúde sexual usa como parâmetro aspectos sociais, intelectuais, somáticos e emocionais, de forma a intervir positivamente na personalidade e capacidade de comunicação com outras pessoas. A saúde é um direito essencial do ser humano, portanto, a saúde sexual também deve ser vista como um direito básico (TOZO et al., 2018; SILVA, et al., 2021).

As disfunções sexuais femininas não afetam apenas a qualidade de vida das mulheres, mas também afetam as relações das mulheres com seus parceiros. Atinge a saúde e afeta as condições orgânicas, emocionais e sociais (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008) Qualquer estágio da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e regressão) está sujeito ao aparecimento de disfunções sexuais (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; SILVA et al., 2021).

A prevalência das disfunções sexuais femininas na população é relativamente elevada e aumenta com fatores relacionados à idade, configurando-se como um problema de saúde pública relevante e com impacto importante no que tange a qualidade de vida. As disfunções sexuais femininas mais comuns são falta de libido e disfunção orgástica (FAUBION; RULLO, 2015; TOZO et al., 2018; STEIN et al., 2018).

Qualquer condição que cause dor ou incômodo, pode acarretar a redução do desejo sexual, enquanto aspectos como idade, desequilíbrio endocrinológico e alguns medicamentos influenciam de maneira expressiva ao aparecimento de tais disfunções. O abuso de álcool é apontado como causa de interferência frequente na fase de desejo (CARDOSO et al., 2020).

Pode-se afirmar que as disfunções sexuais são também caracterizadas pela falta, excesso ou desconforto apresentado em uma das fases de resposta sexual feminina (LAZARINI, 2010; CONTO, 2021). Nesse mesmo sentido, estas disfunções podem ser determinadas por uma alteração relacionada ao desejo sexual, excitabilidade e a qualquer dor durante o ato sexual (BRASIL, 2013).

É extremamente relevante que o fisioterapeuta que atue diretamente na reabilitação sexual feminina tenha conhecimento técnico e científico das estruturas

do assoalho pélvico, pois é fundamental para a instrução correta de exercícios específicos a serem realizados no processo de reabilitação (ROSSAFA; BUGNI, 2016). O domínio destas informações são fundamentais para a promoção de segurança e qualidade do atendimento, podendo assim explicar de forma segura ao público-alvo as informações necessárias, sanar eventuais dúvidas que possam surgir, e acima de tudo, contribuir para a promoção do bem estar e de uma melhor qualidade de vida dessas mulheres (ROSSAFA; BUGNI, 2016).

Para realizar o tratamento fisioterapêutico é imprescindível a realização de ampla avaliação que deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, e, diante dos resultados, a equipe terá o conhecimento das alterações disfunções sexuais enfrentadas pela mulher, independentemente de fatores como crenças, idades, experiências sexuais, tabus e princípios morais (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; STEIN et al., 2018).

Os recursos utilizados pela Fisioterapia são: Cinesioterapia, Eletroestimulação, Ginástica Hipopressiva, Biofeedback, Cones Vaginais, Exercício de Kegel e Terapia Manual. A falta de padronização do tratamento dificulta a definição do melhor plano de tratamento, mas todos os estudos demonstraram melhora ou cura dos sintomas relacionados às disfunções sexuais, comprovando os benefícios da fisioterapia.

Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre a atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas, apresentando informações sobre a estrutura fisiológica sexual feminina, as principais disfunções sexuais femininas, as técnicas terapêuticas implementadas pelo fisioterapeuta com as mulheres acometidas por disfunções sexuais e importância do fisioterapeuta na composição multidisciplinar nas terapias das disfunções sexuais femininas.

Justifica-se o tema proposto neste trabalho, haja vista que a fisioterapia está em crescente expansão nos serviços de saúde, e em se tratando das disfunções sexuais femininas, existe ainda muita desinformação que faz com que a maioria das mulheres não saiba como resolver os seus problemas urogenicológicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar sucintamente a estrutura fisiológica sexual feminina;
- Descrever as principais disfunções sexuais femininas;
- Relatar algumas técnicas terapêuticas implementadas pelo fisioterapeuta com as mulheres acometidas por disfunções sexuais;
- Demonstrar a importância do profissional fisioterapeuta na composição multidisciplinar nas terapias das disfunções sexuais femininas.

3 METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica, que de acordo com Gil (2010), trata-se de uma revisão de literatura de obras publicadas por outros autores, cujas discussões e posicionamentos teóricos são de relevância acadêmica e aprimoramento da pesquisa, onde os dados são coletados por meio livros, teses, dissertações, artigos, monografias e revistas científicas.

Foi realizado através de levantamento e análise de artigos em diferentes bases de dados como Scielo, Medline, Pubmed, Lilacs, Google acadêmico, Google livros, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de pesquisas virtuais da biblioteca da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) e livros que abordassem a temática.

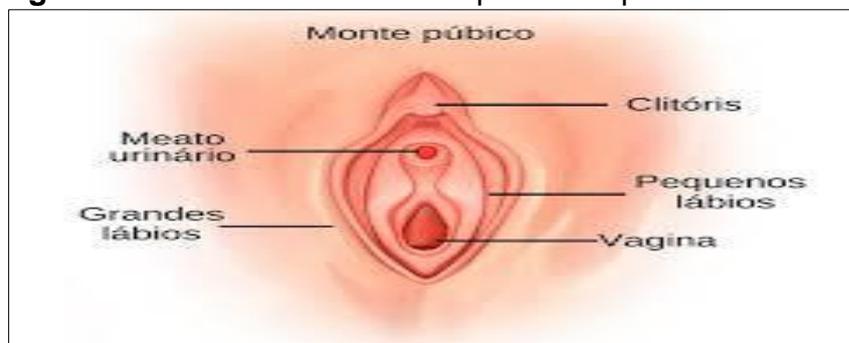
As buscas foram realizadas entre fevereiro e junho de 2021, os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) tendo como critério de inclusão, estudos que continham os descritores com as palavras em português, espanhol e inglês: Disfunção Sexual Feminina. Modalidade Terapêutica. Sexualidade Feminina. Fisioterapia uroginecológica, publicados no período de 2006 a 2021, nos idiomas português e inglês. E alguns clássicos da literatura correspondente. Foi excluída, automaticamente, toda produção duplicada e não relacionada com o estudo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Anatomicamente, o sistema reprodutor feminino possui os seguintes componentes: útero, tubas uterinas (trompas), ovários, vagina e órgãos genitais externos (monte púbico, lábios maiores e menores, hímen e capuz do clitóris), clitóris, óstios externos da uretra, glândulas, bulbos e vagina (BERNARDES, 2011). O períneo situa-se entre a vagina e o ânus e auxilia na sustentação dos órgãos pélvicos (SPERLI; FREITAS; MELLO, 2011; BERNARDES, 2011). Nesta área perineal contém o orifício vaginal (Figura 1).

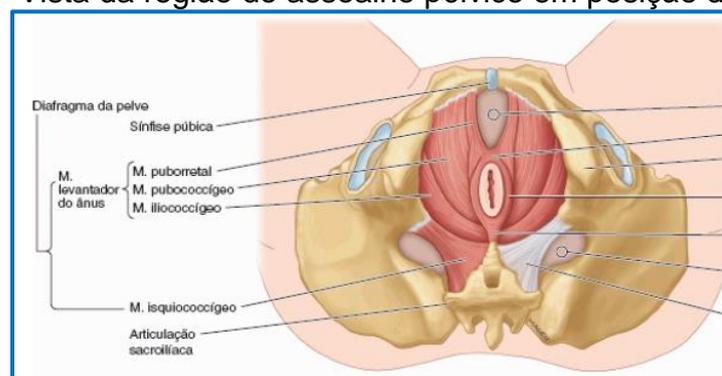
Figura 1 - Anatomia externa do aparelho reprodutor feminino



FONTE: Adaptado de Sperli; Freitas; Mello, 2011

A musculatura do assoalho pélvico é composta pelos músculos cóccix e levantador do ânus. Juntos, eles são chamados de diafragma pélvico. A vagina e a uretra passam na frente deles, e o canal anal passa no meio (Figura 2) (LARA et al., 2018; SILVEIRA, 2019). Esta musculatura está envolvida também na função sexual, a qual se expande durante a penetração.

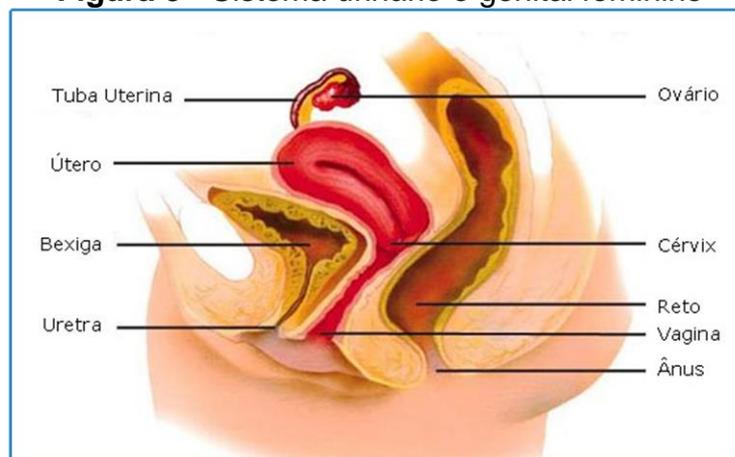
Figura 2 - Vista da região do assoalho pélvico em posição de litotomia.



FONTE: Adaptado de Bernardes, 2011

O conjunto de partes moles que fecham a pelve (músculos, ligamentos e fâscias) é denominado assoalho pélvico. Os assoalhos pélvicos e abdominais tem como função sustentar e suspender os órgãos relacionados ao aparelho reprodutor feminino, aparelho urinário e aparelho digestivo, os quais são responsáveis por manter as continências urinárias e fecais. Dos quais Tuba uterina, ovário, útero, bexiga, cérvix, uretra, reto, vagina e ânus (Figura 3) (LARA et al., 2018).

Figura 3 - Sistema urinário e genital feminino



FONTE: Adaptado de Netter, 2018

O órgão feminino externo é composto pela genitália que se expande do púbis até o períneo, formando o monte de Vênus ou monte púbico, conhecido assim por ser saliente e arredondado devido ao acúmulo de tecido adiposo, em que logo após a puberdade é recoberto de pelos. Essa gordura funciona como proteção do osso púbico, durante o ato sexual (BERNARDES, 2011).

Os pequenos lábios estão localizados na parte inferior dos grandes lábios, tem como função proteger o vestibulo da vagina, dificultando presença de inflamação bacteriana e ajuda na lubrificação. Apresentam duas pregas pequenas e finas de tecido que estão ligadas ao clitóris, dispõe de muitas veias dentro da fenda pudenda (SILVA; PAIVA; COSTA, 2017).

O clitóris é um órgão erétil, que é recoberto por uma fina membrana bastante vascularizada e chamada de hímen. Está localizado no triângulo urogenital do períneo e, ligado ao monte do púbis, lábios maiores e menores, vestibulo da vagina, bulbo do vestibulo e as glândulas vestibulares, formam a vulva, com comprimento médio de 2 a 3 cm, evidenciado por dois segmentos esponjosos presos aos ísquios e ao osso púbico, que se combinam com eles para formar um corpo (SPERLI; FREITAS; MELLO, 2011; WALTERS; KARRAM, 2016).

O vestíbulo está localizado entre os pequenos lábios, onde se posiciona a abertura do meato urinário, vagina, glândulas de Bartholin e Skene, e é uma das partes constituintes da vulva. Na parte superior de cada lábio menor tem-se o bulbo do vestíbulo (SPERLI; FREITAS; MELLO, 2011).

A vagina é um órgão fibromuscular que se localiza entre a bexiga urinária e a uretra na parte anterior e na porção posterior o reto e canal anal. Seu comprimento é cerca de 7,5 a 9 centímetros. Ela é dividida em três porções: Terço superior ou ápice, médio e inferior. Este órgão é constituído por um tubo músculo-membranáceo mediano, de forma elástica onde obtêm a capacidade de aumentar a espessura, facilitando a penetração durante o ato sexual ou durante o trabalho de parto (WALTERS; KARRAM, 2016).

O útero é um órgão muito eficiente, com volumes variados, que se pode modificar conforme as influências hormonais no decorrer da fase da vida, como na puberdade, gravidez e na menopausa (PALMEZONI, 2016; FIGUEIRÔA et al., 2021). Tem o formato de pera, é um órgão ímpar, oco, suas paredes musculares são espessas e contráteis, pesa cerca de 30 a 40g, tendo aproximadamente 7,5 a 8 centímetros de comprimento e em média 2 a 2,5 cm de espessura. É sustentado pelo ligamento largo do útero, denominados redondo e cardinal, podendo variar a localização e espessura de acordo com a idade, gravidez e ciclo menstrual de cada mulher (BERNARDES, 2011; PALMEZONI, 2016).

Os ovários são glândulas endócrinas responsáveis pela síntese de hormônios sexuais, produção e armazenamento das células reprodutivas e liberação de estrogênio ou hormônio folicular, progesterona e no período da gravidez, a liberação da relaxina. Estão localizados na parede lateral da pelve, na fossa ovárica (SANTOS, 2011).

As trompas uterinas são formadas por dois tubos que se localizam entre o útero e os ovários estabelecendo ligação entre eles, tem aproximadamente 10cm de comprimento, com o objetivo de captar e transportar o óvulo em direção ao útero, e carregar o espermatozoide no sentido útero-ovário (SANTOS, 2011; PALMEZONI, 2016; FIGUEIRÔA et al., 2021).

Conhecendo melhor o sistema reprodutor feminino possibilita entender a dinâmica da fisiologia da resposta sexual feminina e sua importância para a saúde sexual, onde a excitação sexual representa uma das principais alterações fisiológicas nas mulheres sexualmente ativas (FIGUERÔA et al., 2021).

4.2 FISILOGIA DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

A fisiologia da resposta sexual feminina engloba desejo sexual, lubrificação natural/excitação e orgasmo. Cada ciclo é importante para entender a sexualidade da mulher. A Excitação, por exemplo, envolve além da lubrificação, as alterações fisiológicas nos grandes e pequenos lábios para preparar a entrada da vagina para a penetração, estimulando o clítoris que aumenta de tamanho, preparando também o útero e provocando alterações nas mamas (SILVEIRA, 2019).

Em 1966, William Masters e Virginia Johnson relataram o primeiro modelo de ciclo de resposta sexual feminino. O modelo é representado por quatro etapas: excitação, platô, orgasmo e resolução. Em 1979, Kaplan propôs um novo modelo que era composto por três fases: desejo, excitabilidade e orgasmo, o que eliminou a resolução, por pensar ser falta de resposta sexual, e não parte do ciclo. O período de platô também é excluído porque é basicamente uma continuação da fase de excitação (SILVEIRA, 2019).

Contudo, foi proposto um modelo de resposta sexual diferente, onde se observam quatro aspectos da sexualidade da mulher (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; ROSENBAUM; SABBAG, 2020):

- Em comparação ao homem, onde a testosterona dá início a estimulação, a mulher para o início do estímulo sexual tem pouca influência de hormônios;
- A motivação das mulheres decorre de “recompensas” ou “benefícios” que não são somente sexuais ou relacionadas ao ato sexual em si, a exemplo da intimidade emocional com um parceiro que desencadeia o próximo ciclo de resposta sexual;
- A excitação sexual da mulher é mental e subjetiva e pode ou não ser acompanhada por mudanças na vasoconstrição genital e outras manifestações físicas;
- O orgasmo pode ou não ocorrer e, quando ocorre, se comporta de maneiras diferentes. Varia de mulher para mulher. Este orgasmo pode ser vaginal, clitoriano, ponto G, ponto U, mamário ou anal, a depender do estímulo e do tipo de ato sexual.

Nas concepções de Masters, Johnson e Kaplan, o ciclo de resposta sexual se divide em quatro estágios consecutivos: desejo, excitação, orgasmo e resolução (Figura 4). A mulher no início do relacionamento se comporta de um jeito, depois de um período de relacionamento o seu desejo sexual se torna uma reação ao invés de um evento espontâneo (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; SILVEIRA, 2009).

O estágio de desejo inclui fantasia e desejo de atividade sexual. Na excitação, há prazer sexual e mudanças fisiológicas que a acompanham. Orgasmo é o momento em que o prazer sexual atinge seu ápice. O terço inferior da vagina e o esfíncter anal se contraem ritmicamente. Durante a fase de resolução, as pessoas sentem bem estar geral e relaxamento muscular, e as mulheres podem responder a estímulos adicionais quase imediatamente (sexo sem penetração, sexo oral, masturbação e outros) (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; SILVEIRA, 2019).

Figura 4 - Modelo de Master e Johnson, adaptado por Kaplan



FONTE: Silveira, 2019

Quaisquer mudanças no processo psicossomático da resposta sexual geralmente podem levar à disfunção sexual (SENA, 2010; TOZO et al., 2018). Ainda, tomando como base o posicionamento de Masters e Johnson Kaplan e o embasamento de Basson, consoante às referências do Female Sexual Function Index (FSFI), buscou-se verificar a aceitação do atual modelo teórico de função sexual feminina, indicando que o parâmetro de Basson esboça uma melhor definição da sexualidade feminina (BASSON et al., 2006; FAUBION; RULLO, 2015).

Nesse mesmo sentido, Basson descreveu o "modelo circular de resposta sexual feminina", em que, em um relacionamento de longo prazo, as mulheres passam a estabelecer relações a partir da "neutralidade sexual", ou seja, na relação com o parceiro. Sob estimulação, impulsionado pelos benefícios secundários de intimidade, laços emocionais ou outras razões não sexuais, um nível cada vez mais alto de excitação é alcançado, colocando a excitação antes do desejo (BASSON et al., 2006). O desejo pode se desenvolver no futuro, e seria o resultado do ato sexual

e não a causa. O modelo enfatiza a resposta e aceitação das mulheres, assumindo que o desejo de intimidade, e não o impulso físico desencadeia o ciclo de resposta sexual para muitas mulheres. (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008).

Com referência ao modelo de Masters, Johnson e Kaplan, desejo sexual, excitação, orgasmo e resolução se correlacionam com as respostas sexuais e suas possíveis alterações e podem ser influenciadas pelas disfunções sexuais, onde a mulher poderá alterar os ciclos e afetar o desejo sexual, sendo importante identificar estas disfunções e tratá-las (MARQUES; CHEDID; ELZERIK, 2008; SILVEIRA, 2019).

4.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Atualmente existe uma inclinação em considerar que as disfunções sexuais podem ser decorrentes de lesões mistas, patológicas e congênitas ou anatômicas. Fatores mistos como episiotomia, vaginismo, histerectomia, congestão pélvica e vaginite. Percebe-se que a episiotomia, como outros procedimentos médicos, também podem causar dor durante a relação sexual (VIEIRA et al., 2016). No caso do vaginismo, muitas causas e processos biológicos podem ser percebidos, como por exemplo, os casos que envolvem vaginite (inflamação vaginal), congestão pélvica (dor pélvica crônica), episiotomia (incisão feita no parto normal) e histerectomia vaginal (remoção do útero) (OSPINA et al., 2013; RIBEIRO, 2016). Fatores patológicos decorrentes de infecções endógenas ou iatrogênicas do trato urinário ou do útero (OSPINA et al., 2013). Fatores congênitos ou anatômicos como malformações ou deformidades genitais que tornam a relação dolorosa, tipo pequenos lábios maiores que os grandes lábios, dificuldade de abertura do canal vaginal, imperfuração do hímen, dentre outros (RIBEIRO, 2016).

As disfunções sexuais femininas podem ser causadas ainda por múltiplos fatores psicológicos e socioculturais, dos quais os mais mencionados são: os estados depressivos, ansiedade, distúrbios psíquicos, como o estresse durante jornadas longas de trabalho, abuso sexual, experiências traumáticas de relações sexuais, imagem corporal negativa, entre outras, causando grande impacto negativo na vida sexual da mulher com seu parceiro (SENA, 2010; SANTOS, 2015).

As patologias como: diabetes, hiperprolactinemia e hipertireoidismo são fatores que também podem desencadear disfunções sexuais, uma vez que diabetes causa impotência, hiperprolactinemia reduz a libido e pode causar infertilidade e o hipertireoidismo afetam o desejo sexual (SENA, 2010; SANTOS, 2015).

As doenças ginecológicas também causam disfunção sexual, como por exemplo, incontinência e infecções urinárias, cistites e vulvovaginites que geram grandes desconfortos (ROGERS et al., 2013). Além de herpes genital e uretrite que causam alterações na musculatura da vagina, acarretando as disfunções sexuais (TOZO et al., 2018; SOUZA et al., 2020).

A etiologia das disfunções sexuais femininas envolve fatores psicológicos e fatores físicos. Subentende-se que ao sofrer psicologicamente, a mulher sofrerá alterações hormonais e neurológicas, ao mesmo tempo que sofrer fisicamente desencadeará reações psicológicas que poderão resultar em disfunções sexuais. Isso posto, as causas das disfunções não são muito claras, sendo necessário o estudo de conjunto de fatores (MELLO, 2011).

A baixa da libido pode ser indiretamente causada por qualquer condição médica que traga dor ou incômodo. Idade, distúrbios endócrinos e certos medicamentos também podem ter um grande impacto. O alcoolismo também costuma interferir na fase do desejo (CARDOSO et al., 2020).

Alterações nos vasos sanguíneos podem perturbar os processos fisiológicos que envolvem o fenômeno da excitação sexual, fazendo que diminua o fluxo de sangue que flui da vagina e do clitóris, resultando em diminuição da lubrificação vaginal; e distúrbios neurológicos, à exemplo de déficits secundários, diabetes ou esclerose múltipla (SPERLI; FREITAS; MELLO, 2011).

O ingurgitamento clitoriano é abreviado por distintas patologias e psicogênias. Uma das causas importantes da disfunção sexual é a insuficiência de vascularização. Isso deve ser levado em consideração ao avaliar e identificar a disfunção sexual feminina (FAUBION; RULLO, 2015; SILVA, 2017; TOZO et al., 2018).

Relacionado a algumas alterações endócrinas, os baixos níveis de estrogênio podem aumentar o ressecamento vaginal, reduzir o desejo e causar disfunção da excitação sexual. Qualquer alteração no tônus muscular que forma o assoalho pélvico pode estipular o surgimento de vaginismo ou anorgasmia (DIAS et al., 2015; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020). A secura vaginal é a patologia

mais comum associado a deficiência de estrogênio ou testosterona (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; SILVA, 2015).

A contribuição psicológica e sociocultural para a expressão saudável do comportamento sexual e a consequente disfunção é considerada alta. Os distúrbios psicológicos que interferem no sexo, em sua maioria, são provenientes das ausências de carícias e de preliminares sexuais, ou seja, a ausência de estimulações eróticas anteriores ao ato sexual (SENA, 2010; CARDOSO et al., 2020).

A existência de condições emocionais negativas como depressão, baixa autoestima, estresse, raiva, ansiedade de desempenho, medo, má imagem corporal e experiências traumáticas anteriores, dor ou abuso sexual, fatores educacionais e culturais contribuem para a formação de ortodoxia religiosa, desinformação sobre sexualidade e crenças errôneas; vários fatores do relacionamento entre um casal, como a atuação de um parceiro ou conflitos entre os parceiros (FLEURY; ABDO, 2016).

Fatores relacionados (hostilidade, indiferença, dificuldades de autoconfiança, monotonia, infidelidade e competição) devem ser considerados no diagnóstico e tratamento de DSF. Em relação ao distúrbio de orgasmo, destacou-se a associação de alguns fatores sociodemográficos, como idade, estado civil e escolaridade (RIBEIRO, 2016).

Números mostram que existem muitas queixas sexuais por parte das mulheres, onde menos de 20% se queixam da dificuldade de lubrificação vaginal e onde mais de 20% se consideram o sexo desagradável (LARA et al., 2008; CASTRO, 2020).

Os Estados Unidos e a Suécia por meio de estudos epidemiológicos conseguiram certificar que aproximadamente 40% das mulheres entre 18 e 59 anos se queixam de questões sexuais, das quais destacam-se: 33% manifestações de déficit de desejo sexual; 24% anorgasmia; 19% dificuldade de excitação/lubrificação; 15% dispareunia; e 9% outras queixas (DIAS et al., 2015; TOZO et al., 2018; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020).

No Brasil, estudo semelhante realizado em sete estados mostrou que a prevalência de disfunções sexuais femininas foi de 49%, dos quais 26,7% das mulheres mais uma vez observaram diminuição da libido (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2015).

Tais disfunções tem se tornado cada vez mais aparente à medida que se tem realizado mais estudos sobre o assunto e apresentado altos índices. O Estudo do Comportamento Sexual no Brasil, mostrou que das 1.219 mulheres analisadas, 49% relataram ter pelo menos um tipo de disfunção sexual, sendo a mais comum o transtorno do interesse sexual (SILVA, 2011; TRINDADE; LUZES, 2017). Outro estudo mostrou epidemiologia semelhante, estimando que 40% a 45% das mulheres possuem certo índice de disfunção sexual (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; LARA et al., 2008).

Observa-se que a prevalência e a intensidade das disfunções sexuais femininas são extremamente altas, sem dúvida superiores à prevalência da disfunção sexual masculina (BRASIL, 2013; TRINDADE; LUZES, 2017; TOZO et al., 2018).

A diminuição da libido e disfunção do orgasmo, são as disfunções sexuais femininas relatadas com mais frequência. De acordo com *National Health and Social Life Survey*, um terço das mulheres relatou falta de interesse sexual e quase um quarto relatou falta de orgasmo. Estas alterações estão relacionadas às alterações dos ciclos de respostas sexuais (TRINDADE; LUZES, 2017; TOZO et al., 2018).

Para compreender melhor essas disfunções sexuais femininas, faz-se necessário conhecer melhor os principais desconfortos sexuais, genitais, hormonais e psicossociais que interferem no desejo sexual, na excitação e no orgasmo, tais como dispareunia, dor pélvica crônica, transtorno da excitação ou frigidez sexual, desejo sexual hipoativo, anorgasmia e vaginismo (LATTHE et al., 2006; RIBEIRO, 2016; TRINDADE; LUZES, 2017; VIEIRA, 2018; MATTHES, 2019; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020).

4.3.1 Dispareunia feminina

A dispareunia pode ser definida como um desconforto genital persistente ou recorrente, que pode ocorrer prévia, durante ou posteriormente ao coito e afeta 26% da população feminina (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; VIEIRA, 2018). As possíveis causas dessa disfunção estão relacionadas às lesões da região pélvica causada no momento do parto, endometriose, afecções de caráter inflamatório na pélvis e vagina, como também infecções nas regiões íntimas, patologias ligadas a fatores

psicológicos e emocionais como depressão e abuso sexual e ocorrência de vulvodínea (LIMA et al., 2016; SILVA, 2018; VIEIRA, 2018).

Em alguns casos, é também determinada por dor na região genital relacionada ao momento do ato sexual, porém, há ocorrências anteriores e posteriores ao ato (BRASIL, 2013).

O termo dispareunia também é usado para descrever a dor durante a estimulação sexual. Pode ser considerada primária e secundária, e a secundária geralmente ocorre 10 anos após o início da atividade sexual (BRASIL, 2013; SILVA, 2018; MATTHES, 2019; CASTRO, 2020;).

Nota-se que sua definição de dispareunia primária está voltada para a relação sexual dolorosa sem causa orgânica. A dor, por sua vez, poderá ter ligação com o tamanho do pênis em relação ao tamanho da vagina. Se o tamanho da vagina for pequeno, então seja em superfície ou em profundidade, sempre existirá a dor, pois o objeto que está penetrando a vagina é incompatível com o seu tamanho, logo, sempre que acontecer atividade sexual com o mesmo companheiro sentirá dor (VIEIRA et al., 2016; FLEURY; ABDO, 2016).

Destarte ainda, a dispareunia secundária se difere da dispareunia primária. Sempre há causas orgânicas, que podem causar toque ou movimento doloroso, mesmo quando o órgão sexual que a penetra seja insuficiente para ocasionar uma distensão vaginal, mesmo que seja na primeira relação sexual (VIEIRA et al., 2016). Contudo, uma mulher pode sofrer de dispareunia primária e secundária ao mesmo tempo, portanto, qualquer combinação de causas orgânicas pélvicas que causem dor ao toque ou movimento e a penetração sexual em si são suficientes para causar distensão vaginal traumática (BRASIL, 2013; SILVA, 2018; MATTHES, 2019).

4.3.2 Dor pélvica crônica (DPC)

A dor pélvica crônica (DPC) é um dos principais motivos de encaminhamento de mulheres aos serviços de saúde (LATTHE et al., 2006; OSPINA et al., 2013). Não é uma doença, mas um quadro clínico que pode ser desencadeado por diferentes condições e geralmente está relacionado a outros problemas, como ansiedade e depressão (OSPINA et al., 2013; ENGELER et al., 2018). A maior compreensão do mecanismo da dor levou a uma mudança no tratamento dessa síndrome, que antes era atendido por apenas um especialista e

atualmente passa para um acolhimento multidisciplinar (ENGELER et al., 2013; MATTHES, 2019; CASTRO, 2020).

Essa dor é uma causa comum de ansiedade para muitas mulheres, e algumas pessoas enfatizam que estão insatisfeitas com os cuidados que recebem durante o diagnóstico e tratamento de sua enfermidade (MATTHES, 2019; CASTRO, 2020). Essas pacientes buscam sempre um atendimento mais personalizado, prestado por profissionais que valorizam seus sintomas e se posicionam de forma acurada sobre possíveis diagnósticos e tratamentos (PRICE et al., 2006).

Importante enfatizar que a DPC tem como característica natural diversos fatores e, é decorrente da inervação da pelve que é extremamente complexa, o envolvimento de diferentes órgãos e sistemas pode levar às mesmas manifestações clínicas. Quanto às causas principais, do ponto de vista didático, se dividem em causas ginecológicas e não ginecológicas, e sua frequência como causa de DPC tem variação conforme a população estudada. Entre as causas ginecológicas, endometriose, adenomiose, aderências e miomas uterinos são as mais proeminentes (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; VIEIRA, 2018). Dentre as causas não ginecológicas, destacam-se as causas intestinais, como síndrome do intestino irritável (SII) e constipação crônica; as causas urológicas, com destaque para cistite intersticial crônica; causas musculoesqueléticas e transtornos emocionais (OSPINA et al., 2013). Estas são as causas relacionadas como principais ou secundárias responsáveis pela DPC (SARTORI et al., 2018).

4.3.3 Transtorno de excitação ou frigidez

O transtorno de excitação ou frigidez é também considerado o transtorno de desejo, que representa a incapacidade ou a dificuldade encontrada pela mulher em conseguir o ápice do prazer sexual ou o orgasmo. Ressalta-se ainda, que esta incapacidade independe de estímulo clitoriano, preliminares, carícias ou penetração, denominando-se também como transtorno do orgasmo (TRINDADE; LUZES, 2017).

Mulheres com essa disfunção não sentem desejo sexual suficiente, podem até reagir a essa experiência ou até atingir o orgasmo, mas serão afetadas por sensações desagradáveis. Na maioria das vezes essas mulheres nunca vivenciaram

o prazer sexual, independente do parceiro ou podendo variar de pouco a nenhum desejo (SILVA, 2011; VIEIRA et al., 2016).

Outrossim, pode-se afirmar que esta mulher mesmo chegando ao orgasmo, ainda assim sentirá desprazer, uma vez que a relação sexual em si a desagradava. Antigamente eram tidas como frígidas (SILVA, 2011; BRASIL, 2013; VIEIRA et al., 2016; TRINDADE; LUZES, 2017).

Muitas dessas mulheres consideram a experiência sexual angustiante. Esta disfunção se divide em duas categorias:

a) Mulheres que nunca experimentaram prazer sexual com nenhum parceiro em nenhuma circunstância;

b) Mulheres que já responderam à estimulação sexual. Algumas delas não produzem respostas sexuais apenas sob certas circunstâncias. Nesta situação de disfunção, uma mulher pode sentir raiva ou náusea ao fazer sexo com seu marido, e quando outro homem ao qual ela está interessada sexualmente, toca sua mão, ela fica imediatamente excitada e lubrificada (SILVA, 2011; BRASIL, 2013; VIEIRA et al., 2016; TRINDADE; LUZES, 2017).

4.3.4 Desejo sexual hipoativo (DSH) ou desejo sexual inibido

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoativo é caracterizada pelo desaparecimento contínuo e repetido ou redução do desejo por atividade sexual e fantasias (RIBEIRO, 2016; HATHERLY, 2017).

Esse transtorno pode estar relacionado à aversão sexual, mas a diferença da aversão sexual é que a aversão se refere a uma resposta de medo que decorre de uma possível situação traumática ou do medo de contrair uma doença sexualmente transmissível, enquanto a perda da libido se refere ao desinteresse em participar do sexo (HATHERLY, 2017).

O transtorno do desejo sexual hipoativo pode ser primário, com histórico pessoal de assexualidade, que é quando o indivíduo jamais experimentou a sensação de desejo sexual em qualquer fase de sua vida. Ou secundário, quando surge após um episódio negativamente marcante na vida do indivíduo. Pode ser também caracterizado como generalizado ou situacional, ou seja, com determinado parceiro ou uma situação específica (HATHERLY, 2017; FIGUEIRÔA et al., 2021).

4.3.5 Anorgasmia

A anorgasma é classificada como primária e secundária. A primária significa que a mulher nunca teve orgasmo, enquanto que a secundária que a mulher já experimentou orgasmo, porém, por alguma razão, passou a não mais apresentá-los (DIAS et al., 2015; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020).

Alguns fatores etiológicos da anorgasmia podem ser enumerados, tais como as experiências vividas na infância e adolescência de forma negativa ou traumática, estilo de vida como abuso de álcool, cigarro, sedentarismo e outros, ou mesmo as características do relacionamento ou do cônjuge (DIAS et al., 2015; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020).

As mulheres podem desenvolver anorgasmia devido a relações interpessoais, depressão, abuso de drogas, medicamentos prescritos, doenças crônicas, deficiência de estrogênio ou doenças neurológicas (esclerose múltipla, neuropatia alcoólica, mielite, neuropatia diabética do clitóris), lesões cirúrgicas e traumas (pós-perineal linfadenectomia), paraplegia, doenças endócrinas e metabólicas (patologia da tireoide, doença da glândula adrenal, doença da hipófise) (SPERLI; FREITAS; MELLO, 2011; OSPINA et al., 2013; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020). Antidepressivos, bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos e sedativos em altas doses também estão envolvidos na ocorrência da anorgasmia, assim como o abuso de anestésicos e álcool (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020).

4.3.6 Vaginismo

O vaginismo tem por característica espasmos involuntários dos músculos perineais, que impedem a penetração na vagina causando dor e dificultando o ato sexual, as causas ainda não são conhecidas (MATTHES, 2019). Porém, pode-se presumir que esse transtorno esteja relacionado a experiências ruins, como um abuso sexual acontecido anteriormente, exame ginecológico doloroso, e/ou alterações físicas como por exemplo anormalidades do hímen, atrofia e lesões vaginais (MOREIRA, 2013; CASTRO, 2020).

Essa disfunção faz associação da atividade sexual a dor e ao medo, onde a mulher por medo de sentir dor, por exemplo, não sente disposição para realizar

atividade sexual (SILVA, 2017; MATTHES, 2019). O vaginismo pode ser primário, quando a mulher em nenhum momento conseguiu manter relações sexuais, ou secundário, que geralmente se deve ao aparecimento de dispareunia (BRASIL, 2013; MOREIRA, 2013; SILVA, 2018; MATTHES, 2019).

Pacientes com vaginismo no geral, relatam ter desejo, libido e orgasmo durante outros tipos de relações sexuais. Essas relações sexuais não têm penetração, e apresentam lubrificação vaginal e orgasmo, mas não podem realizar o ato sexual (SILVA, 2018; MATTHES, 2019; CASTRO, 2020).

4.4 INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

A fisioterapia atua de forma eficaz no tratamento das disfunções sexuais feminina, com fortalecimento do assoalho pélvico, no alívio das dores, na prevenção e/ou tratamento das limitações das incapacidades físicas, sempre buscando melhorar a atividade sexual e minimizar qualquer dor e desconforto, levando a paciente a ter uma vida sexual prazerosa (SILVA, 2015; TRINDADE; LUZES, 2017; SARTORI et al., 2018).

Apesar da fisioterapia no campo da sexualidade ser uma área recente, as técnicas e recursos trazem grandes benefícios para as mulheres. O tratamento fisioterapêutico apresenta baixo custo e proporciona melhora da força e da resistência do assoalho pélvico promovendo alívio da dor pélvica e/ou abdominal (SILVA, 2015; MATTHES, 2019; SOUZA et al., 2020).

A queixa principal da paciente, aliada à existência de certos elementos do histórico médico, é fundamental. Deve-se considerar, por meio da anamnese, que sintomas desenvolvidos há pelo menos seis meses são tidos como um critério indispensável para se caracterizar a disfunção sexual (ABDO; FLEURY, 2006; TRINDADE; LUZES, 2017).

No exame subjetivo, o prontuário deve ser muito bem detalhado. No entanto, as mulheres geralmente relutam em relatar esse problema. Perguntar às mulheres se elas encontram dificuldades durante a relação sexual é uma ferramenta útil para identificar a anormalidade (REVICHY, 2012; VIEIRA et al., 2016). Além disso, a situação do parceiro deve ser investigada para descartar possíveis mal-entendidos sobre o que a paciente está se referindo. Um homem com ejaculação precoce pode fazer com que sua parceira pense que ela não tem orgasmo e, de fato, sua precocidade a impede de completar com sucesso o ciclo de resposta sexual.

Estímulos com foco, intensidade ou duração insuficientes excluem o diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo (ABDO, 2006).

É relevante notar que os dados coletados sobre certos aspectos da história ginecológica são fundamentais, tais como: histórico menstrual, incluindo sangramento irregular que interfere no comportamento sexual; infecções pélvicas, endometriose, cistos, fibrose etc. Aqui estão algumas perguntas que podem ser aplicáveis: Há quanto tempo o problema ocorre? Como está a dor? Com que frequência você faz sexo? A dor ocorre na superfície ou durante o processo de penetração? Existem posturas que podem melhorar ou agravar a dor durante a relação sexual? A dor durante a relação sexual afeta seu relacionamento com seu parceiro? Você sente o mesmo desconforto ao se masturbar? (REVICHY, 2012; SILVA, 2012; VIEIRA, 2018; MATTHES, 2019).

Exame da vulva em detalhes, com atenção aos sinais de anatomia normal, candidíase, cistos, trauma, episiotomia, hímen, prolapso e tamanho da abertura vaginal. Simultaneamente, a área perianal pode ser inspecionada cuidadosamente (BATISTA, 2017; NAGAMINE et al., 2021). Deve-se palpar a parede vaginal com os dedos (se tolerável). Observa-se que ao realizar o exame pélvico deve-se ter muita atenção e cautela para que não ofereça à paciente trauma e agravamento das dores (MATTHES, 2019; CASTRO, 2020). A genitália feminina deve ser examinada para que a abertura vaginal possa ser mais bem observada e os lábios possam ser movidos. Se possível, a intensidade perineal também pode ser avaliada pelo toque de dois dedos (REVICHY, 2012; MATTHES, 2019).

O músculo do assoalho pélvico (MAP) pode ter sua força avaliada de acordo com a avaliação visual (palpação vaginal), perineômetro, biofeedback, eletromiografia de superfície e cone vaginal (NASCIMENTO, 2008; ASSIS et al., 2013; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013).

O perineômetro consiste num aparelho que por meio do seu manômetro de pressão torna-se possível aferir a força do MAP conforme o aperto realizado pela vagina durante a execução do procedimento, onde mostra no seu visor o pico da contração muscular que varia entre 0 a 256 cmH₂O. Com o auxílio de um cronômetro tem-se também o tempo de contração (NASCIMENTO, 2008).

Estudo clínico de avaliação visual por meio da palpação vaginal estabelece que o MAP gradua de 0 a 5, variando de ausência à normalidade. Este método é simples, possibilita avaliar a contração voluntária e a determinar a terapêutica

adequada. A mulher que apresentar graus 0, 1 e 2 não consegue realizar a contração voluntária do MAP, demonstrando fraqueza muscular, logo, necessita de intervenção terapêutica com cones vaginais, biofeedback ou eletroestimulação, enquanto que a mulher com graduação de MAP 3, 4 e 5 apresentam contração voluntária e força muscular, sendo 5 contração forte e compressão firme dos dedos (NASCIMENTO, 2008; LAZARINI, 2010).

Estudo de caso com profissionais do sexo da cidade de Fortaleza demonstrou por meio a palpação digital (toque digital) e o perineômetro que estas apresentaram força de contração e sustentação muscular com boa capacidade, dentro da normalidade. Realizou-se exame físico em posição ginecológica, e com base na tabela que gradua de 1 a 5 o MAP (Tabela de Oxford). E o perineômetro apresenta o MAP em cmH₂O, separando por números de 0 a 3, sendo 0 – ausência de contração, 1 – contração leve de 1,6 a 16,0 cmH₂O, 2 – contração moderada de 17,6 a 32,0 cmH₂O, e 3 – contração normal de 33,6 a 46,4 cmH₂O (DE SOUZA et al., 2020).

Nesse sentido, é necessário medir o grau de compressão dos músculos perineais para que a fisioterapia avalie o impacto do realce perineal na vida sexual feminina, haja vista que mulheres com pressão vaginal abaixo de 30 mmHg apresentam disfunção sexual. No caso da disfunção sexual feminina, é de grande relevância avaliar o tônus e a pressão da contração da vagina e MAP para realizar o tratamento adequado e o equilíbrio sexual feminino (SARTORI et al., 2018; DE SOUZA et al., 2020).

Isso posto, faz-se necessário identificar as principais modalidades e recursos de tratamento da disfunção sexual feminina, das quais destacam-se: Cinesioterapia, Eletroestimulação, Ginástica Hipopressiva, Biofeedback, Cones Vaginais, Exercício de Kegel e Terapia Manual.

4.5 PRINCIPAIS MODALIDADES E RECURSOS DE TRATAMENTO

O fisioterapeuta em conjunto com a equipe interdisciplinar, atua nos cuidados das DSF, e apoiam os demais profissionais, psicólogos, médicos, enfermeiros e nutricionistas na busca da cura e/ou melhora das queixas das

mulheres, devolvendo-lhes autoestima, autoconfiança e bem-estar (SILVA; PAIVA; COSTA, 2017; BATISTA, 2017).

A prática da contração voluntária dos músculos perineais para retrainar o assoalho pélvico e aumentar o tônus muscular é o método de fisioterapia mais utilizado (BATISTA, 2017). A aplicação dos protocolos de tratamento varia bastante, assim como a magnitude da resistência aplicada, a duração da contração e o tempo de descanso e de um posicionamento correto da pelve e de uma respiração natural (SARTORI et al., 2018). No que diz respeito à respiração, existem diferenças individuais relevantes, pois determinadas mulheres têm melhor contração do assoalho pélvico ao expirar, enquanto outras contraem ao inspirar (MATHEUS et al., 2006).

4.5.1 Cinesioterapia

A Cinesioterapia é uma importante abordagem terapêutica da fisioterapia, muito usada na reabilitação de mulheres com DSF, muito útil para estimular as funções motoras, melhorar a mobilidade, a força e a flexibilidade e aliviar a fadiga (PINHEIRO et al., 2012). Os movimentos do exercício irão proporcionar um maior conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico (BARBOSA, 2016).

Também conhecida como a terapia do movimento, dentro da abordagem terapêutica da disfunção sexual tem-se os exercícios perineais, os quais consistem em fortalecer o assoalho pélvico que se situa ao redor da uretra, vagina e ânus. Exemplo comum de exercício utilizado na cinesioterapia: comprimir vagina e ânus da mesma maneira que se segura um pum. Este exercício pode ser feito em pé em qualquer lugar, parado na rua, no trabalho, na faculdade, na escola, no metrô, etc., que é imperceptível por outras pessoas, mas seu resultado é muito eficiente e eficaz (FONSECA, 2009).

Todas as medidas aplicadas neste tratamento visam melhorar as funções sexuais, prevenir, curar e reabilitar problemas sexuais, com vistas na saúde corporal e sexual, e ainda reduzir a incapacidade sexual. Ao fazer os exercícios a mulher alcança um melhor relaxamento (PINHEIRO et al., 2012). No entanto, sua indicação não é ampla, é restrita e bem criteriosa, pois, cada paciente responde de uma maneira, tem o acompanhamento e a avaliação contínua para se perceber a recuperação esperada, e dependerá da história clínica e exame físico de cada paciente (BARBOSA, 2016).

Suas atividades terapêuticas podem ser ativas ou passivas, onde num primeiro momento o terapeuta quem realiza os movimentos sem a ajuda da paciente, e num segundo momento, a paciente mesma realiza seus próprios movimentos sem a ajuda da terapeuta (PINHEIRO et al., 2012). Sua finalidade pode ser estética, desportiva ou terapêutica, onde nesta última entra a fisioterapia propriamente dita (BARBOSA, 2016).

4.5.2 Eletroestimulação

A eletroestimulação, também chamada de estimulação elétrica nervosa transcutânea, é aplicada na disfunção sexual na região do períneo visando fortalecer o assoalho pélvico. O plano de fisioterapia para o tecido muscular do assoalho pélvico, incluindo estimulação elétrica, tem se observado uma melhora na contratilidade muscular das pacientes (PINHEIRO et al., 2012).

A técnica compreende a inserção de um equipamento compatível com a anatomia vaginal, podendo ser introduzindo tanto na vagina quanto no ânus, com cerca de 7 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro e uma frequência de 10 e 50 Hz (choque bem fraquinho) (Figura 5) que pode produzir estimulação elétrica eficiente e eficaz na área genital (LAZARINI, 2010; CORREIA; BOSSINI; DRIUSSO, 2011).

Figura 5 – Eletroestimulação Funcional do Assoalho Pélvico



FONTE: Adaptado de Pinheiro et al. 2012

Observa-se que os exercícios aplicados para a terapêutica da disfunção sexual se alinham em torno do assoalho pélvico. Este método é efetivo para compreensão do assoalho pélvico e fortalecimento dos músculos, todavia, a corrente precisa ser estabelecida a um nível que possa ser sentido, mas não para

que a paciente se sinta desconfortável, e sim, o suficiente para perceber a constrição muscular da pelve no decurso da estimulação (LAZARINI, 2010).

Objetiva-se auxiliar algumas mulheres que não conseguem realizar sozinhas os principais exercícios que fortalecem a musculatura pélvica. O estímulo elétrico possibilita a contração da musculatura por meio da estimulação neuromotora. Método que permite contrair a musculatura da maneira correta (CORREIA; BOSSINI; DRIUSSO, 2011).

Não existem efeitos colaterais aparentes nesta terapia, apenas desconforto local em algumas pacientes. Raros os casos em que este método não pode ser utilizado, a exemplo das usuárias de marca-passos (ou outros dispositivos internos eletrônicos) que devem considerar tratamentos alternativos, teoricamente baseados em riscos elétricos (KUBAGAWA et al., 2006).

4.5.3 Ginástica Abdominal Hipopressiva

A Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH) se constitui de um importante exercício terapêutico para auxiliar no fortalecimento do assoalho pélvico e no tratamento das disfunções sexuais femininas, uma vez que ela visa controlar os músculos respiratórios por intermédio de estímulos no diafragma (LATORRE et al., 2011; SARTORI et al., 2018; DUTRA et al., 2021).

Esse procedimento respiratório ajuda na postura lombar, cervical, torácica, abdominal e pélvica, momento em que os músculos são forçados e alongados e depois acontece um importante relaxamento. Os movimentos respiratórios propostos pelo diafragma ajudam a diminuir a pressão intra-abdominal e a fortalecer o assoalho pélvico, evitando assim com isso sobrecargas sobre útero, bexiga e outros órgãos do aparelho reprodutor feminino e aparelho urinário (LATORRE et al., 2011; SARTORI et al., 2018; DUTRA et al., 2021).

Outrossim, essa GAH consiste em inspirar normalmente e depois expirar, onde o ar precisa sair completamente. Enquanto se inspira, o diafragma entra em serviço, com isso, o abdômen se contrai e os demais órgãos se alinham, proporcionando ao final dos exercícios bem estar, melhoria nas funções intestinais e enrijecimento e fortalecimento pélvico (DUTRA et al., 2021).

4.5.4 Biofeedback

A fisioterapia pélvica se utiliza do biofeedback para captar as atividades elétricas dos músculos perineais por meio de um aparelho (Figura 6) (MATHEUS et al., 2006; PINHEIRO et al., 2012).

Figura 6 – Aparelho de Biofeedback



FONTE: Adaptado de Matheus et al., 2006

Este aparelho faz uso de um software adequado para analisar e interpretar os pulsos elétricos musculares e através da contração muscular e a força aplicada tem-se a intensidade do estímulo e o tempo resposta. Interpretando as informações do monitor do aparelho, o fisioterapeuta consegue adequar os estímulos e aplicar corretamente os exercícios perineais por eletroatividade (MATHEUS et al., 2006; PINHEIRO et al., 2012).

Este método se apresenta minimamente invasivo e visa avaliar a intensidade do períneo, registrar o potencial de ação da contração da musculatura do assoalho pélvico e converter sua intensidade por meio de sinais visuais, esses sinais são graduados em mmHg e é realizado através da introdução de uma sonda intravaginal inflável. Após a insuflação, a paciente se contrai, que será visualizado e graduado no display do aparelho, captando sinais de eletromiografia e biofeedback ou mesmo informando a necessidade de se estimular o músculo perineal (PINHEIRO et al., 2012; DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2015).

É usado para conscientizar e aprender a contração perineal correta. O biofeedback ajuda as pacientes a aumentar a consciência e o controle autônomo dos músculos do assoalho pélvico (DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2015). Consiste ainda em um método de reeducação aplicado na medicina, na psicologia e na fisioterapia, que tem um efeito regulador sobre o sistema nervoso central, usando feedback externo como método de aprendizagem (MATHEUS et al., 2006).

4.5.5 Cone vaginal

O cone vaginal exercita o tecido muscular do assoalho pélvico por meio de um cone, que é uma pequena cápsula de formato anatômico (Figura 7).

Figura 7 – Cones Vaginais



FONTE: Adaptado de Matheus et al., 2006

Esse cone ou cápsula é manipulada com o uso de materiais resistentes e relativamente pesados. Os cones podem aumentar a força e a resistência muscular. Quando introduzidos na vagina, eles tendem a deslizar e causar contração reflexiva do assoalho pélvico na tentativa de segurá-los. As pacientes retêm cones cada vez mais pesados com pesos progressivos variados, variando de aproximadamente 20 gramas a 70 gramas (BELO et al., 2006; MATHEUS et al., 2006).

Ao usar pequenas cápsulas anatômicas para formar um conjunto de cinco cones com pesos distintos, os cones vaginais são outra abordagem de tratamento fisioterapêutico voltado para disfunção sexual (BELO et al., 2006; VIEIRA, 2018).

Este método se baseia na introdução do cone no interior da vagina para assim poder realizar exercícios pélvicos de contração e relaxamento muscular. Pode ser usado em casa, no trabalho, para caminhar, subir ou descer escadas e nas práticas de atividades físicas diversas. Onde a mulher realizar um esforço muscular vaginal contínuo para manter o cone na vagina, com isso, fortalece o assoalho pélvico (BELO et al., 2006; FITZ et al., 2016).

Enfatiza-se, que o efeito autorreflexo do tecido muscular do assoalho pélvico possibilita uma fisioterapia interna capaz de reconstruir com agilidade o tônus muscular e proporcionar uma maior consistência perineal (BELO et al., 2006; FITZ et al., 2016).

4.5.6 Exercício de kegel

Desenvolvido pelo Dr. Arnold Kegel nas décadas de 1940 e 1950, o conjunto de exercícios é usado para controlar os músculos ao redor do introito porque incluem exercícios autônomos para contrair e relaxar os órgãos anatômicos (assoalho pélvico e estriado uretral) (ASSIS et al., 2013).

O bom resultado dessa técnica depende de a paciente entender perfeitamente como realizar o exercício (ASSIS et al., 2013; VIEIRA, 2018). Os exercícios perineais executados com supervisão podem ser combinados com respiração abdominal diafragmática, sendo que os exercícios realizados pelo paciente seguem as instruções verbais do terapeuta (MATHEUS et al., 2006). Cada contração pode durar 5 segundos e ser repetida 8 vezes, com a paciente em uma posição diferente para o exercício, como na parte posterior da ulna da flexão do joelho e pé de apoio. Também se pode realizar uma breve contração perineal de 1 a 2 segundos (ASSIS et al., 2013; SILVA, 2017).

Essa técnica ajuda a fortalecer e melhorar a consciência perineal, controlar melhor a musculatura no comportamento sexual, podendo também ser utilizada como medida preventiva da saúde ao longo dos anos e de eventos que possam interferir no períneo (ASSIS et al., 2013).

4.5.7 Terapia manual (toque bidigital)

Trata-se de um trabalho manual na busca por um processo estimulador capaz de proporcionar a redução da dor, a melhora no orgasmo, o desejo e excitação, porque esta técnica pode relaxar os músculos do assoalho pélvico (PINHEIRO et al., 2012; WOLPE et al., 2015).

O fisioterapeuta insere dois dedos (dedo médio e indicador) na vagina da paciente até que esteja onde deveria se contrair. Ao localizar os músculos que serão recrutados, o terapeuta afastará os dedos para que a contratilidade possa ser graduada (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; VIEIRA, 2018). Isso pode ser graduado de 0 a 3 (0 - nenhuma contração, 1 - pequena contração, 2 - contração, mas sem resistência da mão, 3 - contração que supera a resistência da mão) (PINHEIRO et al., 2012; SOUSA; SOUZA; FIGUEREDO, 2020).

O objetivo dessa técnica também é melhorar a compreensão da musculatura perineal por meio da contração e relaxamento através de comandos verbais. Possibilitando que as mulheres possam se conhecer melhor fisicamente e aprender

a relaxar a musculatura durante o ato sexual (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; VIEIRA, 2018).

4.5.8 Orientações domiciliares

Torna-se imprescindível o tratamento conservador a todas as mulheres. Como parte integrante do tratamento, as pacientes também devem usar um programa de exercícios em casa como rotina de manutenção. Após a conscientização dos músculos perineais, os exercícios poderão ser realizados. Estes exercícios visam alcançar um controle criterioso sobre as repetições associadas com a respiração, para se ter uma harmonização dos exercícios (SILVA, 2017).

É importante ter um conhecimento preciso da musculatura que deve ser exercitada, pois se deve integrar uma energia conjunta à ação da musculatura perineal, interferindo no tratamento voltado para a musculatura ao redor da abertura vaginal (MATHEUS et al., 2006; SILVA, 2017).

4.6 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

As tendências contemporâneas exigem profissionais que, além da capacitação técnica, também possuam formação geral, ou seja, o homem e a mulher podem ter plena atenção à saúde por meio do trabalho em equipe e através de cuidado humano e sensível (FLEURY; ABDO, 2016).

O desenvolvimento da pesquisa em sexologia resolveu amplamente o complexo biológico, psicossocial e cultural da função sexual humana, proporcionou uma equipe de informações sem precedentes, pode construir modelos para lidar com disfunções sexuais complexas e variáveis e é apropriada para programas de assistência individual e populacional (LARA et al., 2008; SENA, 2010).

Isso posto, para otimizar a prática de cuidar da disfunção sexual na identificação e intervenção das queixas sexuais femininas, além da estratificação regional dentro de uma mesma cultura, também é necessário levar em consideração as diferenças culturais ao redor do mundo e chegar a um consenso como a exemplo do nosso país (LARA et al., 2008).

A gestão e os cuidados com a disfunção sexual baseiam-se em três conceitos:

- Adoção de uma avaliação centrada na paciente e uma estrutura de tratamento;
- A aplicação dos princípios da medicina baseada em evidências no diagnóstico e planejamento do tratamento;
- Adoção de métodos personalizados para homens e mulheres (SENA, 2010).

Tomados em conjunto, esses três princípios fornecem uma abordagem equilibrada e abrangente para o manejo da disfunção sexual. Com base no crescente conhecimento sobre as disfunções sexuais, o novo desafio dos profissionais de saúde é apresentar um diagnóstico completo dos temas sexuais, permitindo intervenções multidisciplinares sob medida para a singularidade de cada mulher (FLEURY; ABDO, 2016).

Sob esse prisma, imperioso reforçar a necessidade de se formular uma política de atenção à saúde que insira e valorize a atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde para promover a integração dos profissionais à comunidade (FITZ et al., 2016). De acordo com dados não publicados da Pesquisa Nacional de Saúde, aproximadamente 40% da população adulta do Brasil (57,4 milhões) sofre de pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). Segundo levantamento do Ministério da Saúde e do IBGE, essas doenças afetam principalmente mulheres (44,5%) e homens (33,4%) (WOLPE et al., 2015). As DCNT são responsáveis por mais de 72% das mortes no Brasil. A fisioterapia para doenças pélvicas pode prevenir e tratar doenças do assoalho pélvico, pelve e seus órgãos, coluna lombossacra e abdômen (SILVA, 2012; ASSIS et al., 2013; STEIN et al., 2018).

A fisioterapia previne e trata as limitações e incapacidades físicas, restaura a função, a mobilidade e promove o alívio da dor. Nas doenças da pelve desempenha um papel na prevenção e tratamento de disfunções de diferentes sistemas: urinário, fecal, ginecológico e sexual (FITZ et al., 2016; MATTHES, 2019). A fisioterapia inclui a anamnese da paciente, inspeção visual, e palpação do Assoalho Pélvico (AP) para identificar as condições: presença de tecido muscular, pontos de dor, incontinência urinária, fezes e flatulência, distopia, teste de

sensibilidade (toque, calor e dor) e reflexos na pelve e área AP (ROGERS et al., 2013; FITZ et al., 2016; BATISTA, 2017; MATTHES, 2019).

5 CONCLUSÃO

A fisioterapia é a mais nova área no tratamento das disfunções sexuais femininas e os profissionais ligados à saúde da mulher são importantes integrantes da equipe multidisciplinar, com o objetivo de avaliar, prevenir e tratar as disfunções sexuais. Observa-se ainda a necessidade de divulgação junto à equipe de saúde que responde pelos cuidados da mulher, por um maior esclarecimento da importância da prática fisioterapêutica, e conscientização por parte das próprias pacientes acerca de suas possibilidades no tratamento das disfunções sexuais femininas.

O fisioterapeuta precisa conhecer a fisiologia da resposta sexual feminina para poder identificar os principais pontos que estão impedindo a mulher de ter uma vida sexual saudável e mesmo prevenir e tratar as DSF, para isso precisa conhecer os fatores anatômicos, fisiológicos, patológicos e em determinados casos até mesmo psicológicos da sexualidade feminina. Os fatores psicológicos aliados à carência de conhecimento físico, ou aspectos anormais das genitálias, problemas inflamatórios em geral, anamnese de abuso sexual ou outras patologias do trato urinário e uterino podem ocasionar baixa autoestima. A não valorização e o não conhecimento do MAP e sua importância para a saúde sexual da mulher parece ser a causa mais provável da maioria das DSF.

Dentre as disfunções sexuais femininas, destacam-se dispareunia, dor pélvica crônica, transtorno da excitação ou frigidez sexual, desejo sexual hipoativo, anorgasmia e vaginismo. Todas estas disfunções podem ser tratadas por meio das técnicas terapêuticas: cinesioterapia, eletroestimulação, ginástica abdominal hipopressiva, biofeedback, cones vaginais, exercício de Kegel e toque digital.

Essas técnicas de fisioterapia podem ser usadas para diferentes fins e são geralmente usadas para tratar também a incontinência urinária feminina e masculina e o período pós-prostatectomia.

Novas perspectivas em fisioterapia para as disfunções sexuais femininas estão sendo desenvolvidas. No entanto, é necessário lidar com essas alterações na área sexual feminina por meio da interação multiprofissional e melhorar a efetividade das técnicas empregadas nos tratamentos. Novas pesquisas sobre o tema devem ser incentivadas, em especial os ensaios clínicos, que poderão fornecer respostas mais substanciais sobre o êxito e a contribuição das intervenções fisioterapêuticas para as disfunções sexuais femininas.

6 REFERÊNCIAS

ABDO CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.** 2006;33;162-7. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237747248> Aspectos diagnosticos e terapeuticos das disfuncoes sexuais femininas. Acesso em: 15 fev. 2021.

ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc.** 2010;18(2):267-274. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489/6023>. Acesso em: 22 abr. 2021.

ASSIS, Thaís Rocha et al. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013; 35(1):10-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bmpG4SZVm6fkh3kY7jLdbgN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

BASSON, Rosemary et al. Definições revisadas de disfunção sexual feminina. *J Sex Med*, jul. 2006; 1 (1): 40-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422982/>. Acesso em: 12 maio 2021.

BATISTA, Mirca Christina da Silva. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Diagn. tratamento;** 22(2): 83-87, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833699>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BARBOSA, Flávia Luciana Vargas. Dispareunia e terapia sexual: Relato de Caso. **Monografia** – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2016. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2777/1/FI%c3%a1via%20Luciana%20Vargas.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BELO, Joana et al. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária. **Acta Med Port** 2006; 18:117-22. Disponível em: <http://docplayer.com.br/41951694-Reeducacao-do-pavimento-pelvico-com-cones-de-plevnik-em-mulheres-com-incontinencia-urinaria.html>. Acesso em: 29 maio 2021.

BERNARDES, António. **Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino**. Manual de Ginecologia. Permanyer Portugal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1.ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021.

CARDOSO, Taís Prass et al. O corpo feminino invadido: Recortes da Construção Social de um Corpo Público/Objetificado. **Gênero & amp. Direito**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/49726>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CASTRO Sobrinho, Káryhta Mariane. Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina: Uma revisão. **Monografia** - Universidade de Rio Verde – UniRV. Rio Verde, 2020, 72p. Disponível em: <https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/K%C3%A1ryhta%20Mariane%20S%20de%20Castro.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

CORREIA, Grasiélia Nascimento; BOSSINI, Paulo Sérgio; DRIUSSO, Patrícia. Eletroestimulação intravaginal para o tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. **FEMINA**, abr. 2011; 39(4): 223-230. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2486.pdf>. Acesso em 15 jun. 2021.

DELGADO, Alexandre Magno; FERREIRA, Isaldes Stefano Vieira; SOUSA, Mabel Araújo de. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Rev Cient Esc Saúde**, Ano 4, nº 1, p. 47-56, out. 2014/ jan. 2015. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614/588>. Acesso em: 6 jun. 2021.

DE SOUZA, Maria Mercês Miranda Barbosa et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em profissionais do sexo na cidade de Fortaleza/CE: Relato de Caso. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/699/1519>. Acesso em: 8 jun. 2021.

DIAS, Josefa Cristina et al. Anorgasmia feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, ano 2, 2015. Disponível em: <https://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/145/119>. Acesso em: 19 abr. 2021.

DUTRA, Jeovana Maria Ferreira et al. Ginástica abdominal hipopressiva e saúde da mulher: uma revisão sobre o método e suas aplicações. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer – Jandaia-GO, v.18 n.36; p. 144 2021. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2021B/ginastica.pdf>. Acesso em: 31 maio 2021.

ENGELER, Daniel S et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. **Eur Urol**. 2013;64(3):431-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23684447/>. Acesso em: 9 jun. 2021.

ENGELER, Daniel S et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. **European Association of Urology**, 2018. Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2018-large-text.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

FAUBION, Stephanie S; RULLO Jordan E. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. **Rev Port Med Geral e Familiar**, v. 31, n. 5, p. 351-353, 2015. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11590/11226>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes; SOUZA, Ariani Impieri de, AMORIM, Melania Maria Ramos de. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 7 (2): 143-150, abr. / jun., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6Z9qJGkPpvBtGzng76tnMPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2021.

FIGUEIRÔA, Letícia Brandi et al. Satisfação sexual feminina: mulheres climatéricas x adultas jovens. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.3137-3149 jan./fev. 2021. Disponível em: 26 jun. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/24873/19832>. Acesso em: 18 abr. 2021.

FITZ, Letícia Leiko Camara et al. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 2, p. 165-180, 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/280/477>. Acesso em: 2 maio 2021.

FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmita Helena Najjar. Terapia de casal para superar disfunções sexuais. **Diagn Tratamento**. 2016;21(1):45-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2016/v21n1/a5422.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

FONSECA, Michelle Cristina Waitman da. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Sexual Humana**, v. 20, n. 1, 2009. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/349. Acesso em: 22 mar. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

HATHERLY, Rogerio Netto. Desejo sexual hipoativo na mulher climatérica.

Monografia - Universidade Candido Mendes. Ubá, 2017. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/54035.pdf. Acesso em: 21 mar. 2021.

KUBAGAWA, Livia Marie et. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Rev Bras Cancerol** 2006; 52:179-83. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=523432&indexSearch=ID>. Acesso em: 18 maio 2021.

LARA, Lúcia Alves da Silva et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2008; 30:312-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/gR6xLY789rj3f9tmMmT9CGw/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2021.

LARA, Lúcia Alves da Silva et al. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais. Protocolos Febrasco. **Ginecologia**, n. 10, 2018. Disponível em: <http://www.grupoamigo.com.br/admin/wp-content/uploads/2018/10/Anamnese-em-Sexologia-e-critrios-diagnosticos-das-disfunes-sexuais.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

LATORRE, Gustavo Fernando Sutter et al. Ginástica hipopressiva: as evidências de uma alternativa ao treinamento da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com déficit proprioceptivo local. **Fisiot Brasil**, v. 12, n. 6, p. 465-71, nov./dez. 2011. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/960/1954>. Acesso em: 16 jun. 2021.

LATTHE Pallavi et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. **BMC Public Health**. 2006; 6:177. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16824213/>. Acesso em: 9 mar. 2021.

LAZARINI, Margarete Maia. Estudo da frequência de oscilação da musculatura do assoalho pélvico durante a contração por meio de dispositivo vaginal multidirecional. **Dissertação** (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9WXJ54/1/disserta_o_mestrado_2015.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

LIMA, Raíssa Gabriella Rabelo et al. Tratamento Fisioterapêutico nos Transtornos Sexuais Dolorosos Femininos: Revisão Narrativa. **Estácio Recife**, v. 2, n. 1, jul. 2016. Disponível: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/81/29>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MATHEUS LM et al., Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Rev. bras. Fisioter**. 2006; 10:387-92. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/bdndMrNrgxxzN5rTz5Smdjw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MATTHES, Ângelo do Carmo Silva. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). **Rev Bras Sex Humana**. 2019, 30(1); 14-22. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/download/66/66/261. Acesso em: 14 abr. 2021.

MARQUES, Florence Zanchetta Coelho; CHEDID, Simone Braga; ELZERIK, Gibrahn Chedid. Resposta Sexual Humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 17(3-6):175-183, maio/dez., 2008. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/541590/755-1534-1-sm.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

MOREIRA, Ramon Luiz Braga Dias. Vaginismo. **Rev. méd. Minas Gerais**; 23(3) jul.-set. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702906>. Acesso em: 22 mar. 2021.

NAGAMINE, Bruna Pereira et al. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e56710212894, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/12894/11606/169413>. Acesso em: 28 mar. 2021.

NASCIMENTO, Simone Mattos de. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço após cirurgia de Werthein-Meigs: Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2009; 55(2): 157-163. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_55/v02/pdf/10_revisao_literatura1.pdf. Acesso em: 29 mar. 2021.

NETTER, Frank H. **Atlas de Anatomia Humana**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OSPINA G et al. **Dolor pelvico cronico**: Un desafío interesante. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología*. Rev Colomb Enferm. 8(1): 151-160, Ago. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008528>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PALMEZONI, Vanessa Pinho. O Impacto da gestação na função dos músculos do assoalho pélvico de primigestas. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal de Uberlândia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/12859/1/ImpactoGestacaoFuncao.pdf>. Acesso em: 24 maio 2021.

PINHEIRO, Brenda de Figueiredo et al., Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter. mov.** 25 (3) • Set 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/hxgVKZPK3FFY6vDrbKZqnFk/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PRICE J, et al. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. **BJOG**. 2006;113(4):446-52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16489938/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

REVICKY, Vladimir. Dyspareunia in gynaecological practice. **Obst Gynaec & Reprod Med**, v. 22, n. 6, p. 148-154, jun. 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751721412000413>. Acesso em: 23 maio 2021.

RIBEIRO, Jéssica Nunes. Disfunção sexual feminina: percepção e impacto na qualidade de vida **RBSH**. 2016, 27(2):33-40. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/109/82. Acesso em: 2 jun. 2021.

ROGERS, RG et al. Uma nova medida da função sexual em mulheres com distúrbios do assoalho pélvico (DFP): o Questionário Sexual de Prolapso / Incontinência de Órgãos Pélvicos, IUGA-Revisado (PISQ-IR). **Int Urogynecol J**. Julho de 2013; 24 (7): 1091-103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23632798/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ROSENBAUM, Simone Diegues Gomes; SABBAG, Sandra Papesky. Questionamentos contemporâneos sobre a sexualidade feminina: considerações a respeito dos aspectos culturais, sociais, biológicos e emocionais. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/192>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ROSSAFA, Afonso; BUGNI, Renata. Importância do profissional de fisioterapia na equipe de estratégia da saúde da família. **Rev Intern Deb Adm Pub** | Osasco, SP, v.1, n.1, pp. 8-21, jan –dez. 2016. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/download/1257/pdf_14/. Acesso em: 5 maio 2021.

SANTOS, Teresa Almeida. **Fisiologia do ovário e da fecundação**. Oliveira CF. Manual de Ginecologia, 2011.

SARTORI, Dulcegleika Villas Boas et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais. **Femina**®. 2018; 46(1): 32-37. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050092/femina-2018-461-32-37.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

SENA, Tito. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Rev. Est. Fem.** v. 18, n. 1, p. 221-240, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/z83hTr87N7Zm7gDkDSGtZzi/?lang=pt>. Acesso em: 9 jun. 2021.

SILVA, Ana Carolina Sales Pirondi da e, al. Saúde sexual feminina em tempos de empoderamento da mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e28010716415, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/16415/14784/211100>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SILVA, Ana Paula Moreira da. Abordagem fisioterapêutica da dispareunia na mulher com dor pélvica crônica: comparação entre duas técnicas. Trial clínico,

randomizado. **Tese** (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2018. Disponível em:
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-19072018-115253/publico/AnaPaulaMoreiradaSilva.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SILVA, Ana Rita Monteiro Gomes da. Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher. **Monografia** de Preparação para a Dissertação - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2012. Disponível em:
<https://paginas.fe.up.pt/~bio07021/images/Mono.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.

SILVA, Marcelle Jacinto da; PAIVA, Antonio Cristian Saraiva; COSTA, Irlena Maria Malheiros da. A vagina pós-orgânica: intervenções e saberes sobre o corpo feminino acerca do “embelezamento íntimo”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ha/a/rZMMwBvCMCvST5JyLJcYNp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

SILVA, Valéria Regina. Comportamento dos músculos do assoalho pélvico e transverso do abdômen/oblíquo interno frente a dois programas de treinamento abdominopélvico em mulheres jovens nulíparas, continentes: estudo controlado, randomizado. **Dissertação** (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2015. Disponível em:
http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313089/1/Silva_ValeriaRegina_M.pdf. Acesso em: 9 maio 2021.

SILVA, Flávia Lígia. Eficácia de um protocolo de exercícios baseados no método Pilates de solo nos sintomas de disfunção sexual de mulheres com excesso de peso. **Dissertação** (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Jataí, 2017. Disponível em:
<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7620/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Fl%C3%A1via%20L%C3%ADgia%20Silva%20-%202017.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

SILVA, Symone Lopes Francelino Gonçalves. Neuropsicofisiologia do Desejo Sexual: Alguns aspectos da regulação funcional da motivação sexual. **Monografia** – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9G4GUB/1/monografia_neuropsicofisiologia_de_desejo_sexual_symone_silva.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

SILVEIRA, Carolina Abelaira. Entre orgasmos ou a falta deles: a construção da sexualidade feminina nas obras de William Master & Virginia Johnson e Shere Hite. **Dissertação** (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, 2019. Disponível em:
<https://wp.ufpel.edu.br/ppgh/files/2019/09/Entre-orgasmos-ou-a-falta-deles-a-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sexualidade-feminina-nas-obras-de-William-Master-Virginia-Johnson-e-Shere-Hite.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SOUSA, Juliana Gonçalves de et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Fisioter Mov.** 2011 jan/mar;24(1):39-46. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fm/a/v5hjhktYph3SLGyv3XJ3pJJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2021.

SOUSA, Clorismar Bezerra de; SOUZA, Vimalci Santos de; FIGUEREDO, Rogério Carvalho. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. **Multi Debates**, v. 4, n. 2, 2020. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/215>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SOUZA, Larissa Capeleto et al. Fisioterapia na Disfunção Sexual da Mulher: Revisão sistemática. **Rev Ciên Saúde**. 2020;5(2):36-44. Disponível em: <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/191/169>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SPERLI, Aymar Edison; FREITAS, José Octávio Gonçalves De; MELLO, Alieksei Clairefont De Andrade. Tratamento cirúrgico da hipertrofia clitoriana. **Rev Bras de Cir Plast**. v. 26, n. 2, p. 314-320, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/VDHBJSCxm5qWKd3CP3ky5nC/?lang=pt>. Acesso em: 14 maio 2021.

STEIN, Sara Regina et al. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. **Rev. Cienc. Méd.** 2018;27(2):65-72. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980792/med-2-00_4242.pdf. Acesso em: 27 maio 2021.

TOZO, Imacolada Marino et al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 94-99, 2018. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/download/447/500>. Acesso em: 9 mar. 2021.

TRINDADE, Santrine Bezerra; LUZES, Rafael. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Alumni-Revista Discente da UNIABEU**, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2886/1957>. Acesso em: 16 mar. 2021.

VASCONCELOS, Elaine Cristine Lemes Mateus; RIBEIRO, Aline Moreira. Força e função muscular de assoalho pélvico: como avaliar? **Fisioterapia Brasil** – nov./dez. 2013;14(60):469-473. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/439/794>. Acesso em: 18 mar. 2021.

VIEIRA, Alanna Cunha. Efetividade das intervenções fisioterapêuticas na disfunção sexual em paciente com endometriose: um estudo de caso clínico. **Monografia** – Universidade de Uberaba. 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/550/1/TCC%20PARA%20CD.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

VIEIRA, Kay Francis Leal et al. Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 2, p. 329-340, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/tnnBmB6vVRFvNNsPxxHtNVs/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WALTERS, Mark D.; KARRAM, Mickey M. **Uroginecologia e Cirurgia Reconstructiva Pélvica**. 4.ed. Elsevier Brasil, 2016.

WOLPE, Raquel Eleine et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Revista Acta Fisiatr**. 2015;22(2):87-92. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/114510/112337>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ANEXOS

ANEXO A - RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Célia Santana de Oliveira Campanari

CURSO: Fisioterapia

DATA DE ANÁLISE: 20.10.2021

RESULTADO DA ANÁLISE

Estadísticas

Suspeitas na Internet: 8,31%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠️

Suspeitas confirmadas: 4,77%

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠️

Texto analisado: 93,99%

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: 100%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.7.1
quarta-feira, 20 de outubro de 2021 21:57

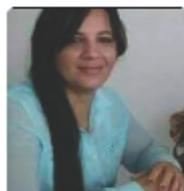
PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **CÉLIA SANTANA DE OLIVEIRA CAMPANARI**, n. de matrícula **28310**, do curso de Fisioterapia, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 8,31%, devendo a aluna fazer as correções necessárias.

Herta Maria de Açuena do N. Soeiro

HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

ANEXO B – CURRÍCULUM LATTES



Célia Santana de Oliveira Campanari

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9799398093735344>

ID Lattes: 9799398093735344

Última atualização do currículo em 21/10/2021

Possui ensino-medio-segundo-graupela ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO ANÍSIO TEIXEIRA(2002). Atualmente é Acadêmica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Identificação

Nome	Célia Santana de Oliveira Campanari
Nome em citações bibliográficas	CAMPANARI, C. S. O.
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/9799398093735344

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2017	Graduação em andamento em Fisioterapia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2001 - 2002	Ensino Médio (2º grau). ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO ANÍSIO TEIXEIRA, EEFM, Brasil.

Formação Complementar

2021 - 2021	I MOSTRA CULTURAL E CINENTÍFICA da FAEMA. (Carga horária: 12h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2020 - 2020	Extensão universitária em MASSOTERAPIA. (Carga horária: 20h). INSTITUTO FÁBIO SOLER, HOTMART, Brasil.
2019 - 2019	Extensão universitária em I SEMANA DE FISIOTERAPIA. (Carga horária: 10h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2018 - 2018	FISIOTERAPIA ESPORTIVA. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em II ECAF. (Carga horária: 4h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em CALOURADA. (Carga horária: 5h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Prevenção de Lesões. (Carga horária: 20h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Tutoria e Nivelamento. (Carga horária: 20h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Tutoria e Nivelamento. (Carga horária: 10h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2017 - 2017	Tutoria e Nivelamento. (Carga horária: 20h). Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

Atuação Profissional

Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

Vínculo institucional

2017 - Atual Vínculo: Outro (especifique), Enquadramento Funcional: Acadêmica