



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ISABELLE DAVID LÔBO

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO
COADJUVANTE DO VAGINISMO**

ARIQUEMES-RO

2021

ISABELLE DAVID LÔBO

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO
COADJUVANTE DO VAGINISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Grau de Bacharelado em
Fisioterapia apresentando à Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Clediane Molina
de Sales.

ARIQUEMES-RO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L799r Lôbo, Isabelle David.
Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento
coadjuvante do vaginismo. / Isabelle David Lôbo. Ariquemes, RO:
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2021.
39 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. Fisioterapia pélvica. 2. Vaginismo. 3. Disfunção sexual. 4. Saúde
da Mulher. 5. Sexualidade Feminina. I. Título. II. Sales, Clediane
Molina de.

CDD 615

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

ISABELLE DAVID LÔBO

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO
COADJUVANTE DO VAGINISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Grau de Bacharelado em
Fisioterapia apresentando à Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Banca examinadora

Profa. Esp. Clediane Molina de Sales
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profa. Ma. Patrícia Caroline Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profa. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 10 de novembro de 2021.

Aos meus pais que estiveram comigo me
incentivando, e meu irmão que me aconselhou.
Aos meus avos Jason e Noêmia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por estar presente em minha vida, me amparando com seu amor em todos os momentos, por ter me sustentando até aqui, me abençoando com muita sabedoria e determinação para vencer cada etapa.

A minha família, Gema Regina, Nailson, Luan, Vovô Jason e por toda paciência e dedicação contribuindo diretamente ao apoio e incentivo para que pudesse enfrentar essa fase de forma mais leve durante esses anos, a dar orgulho a vocês foi minha maior força.

A minha estrelinha no céu, vovó Noêmia, por ter me dado forças todas as vezes que pensei em desistir.

Aos meus familiares por todo incentivo, apoio e oração.

As minhas professoras por ter auxiliado em cada etapa, passando todo conhecimento da melhor maneira.

Agradecer também a minha orientadora Clediane Molina por ter me auxiliado neste trabalho para que pudesse apresentar da melhor forma.

E em específico quero agradecer a professora Jessica de todo meu coração por ter me dado total apoio, me incentivando, e auxiliando, neste trabalho, e acima de tudo me encorajado para seguir em frente.

"A coisa mais feliz a se fazer é ser útil aos demais, tentando ultrapassar o maior obstáculo que é o medo, ocupando-se da distração mais bela que é o trabalho, seguindo pelo caminho mais rápido que é o correto, para no final ter a maior satisfação do dever cumprido."

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O vaginismo é considerado uma Disfunção Sexual (DSF) de etiologia desconhecida, caracterizada por espasmos involuntários da musculatura externa da vagina que dificulta ou, em alguns casos, impede a penetração vaginal. A fisioterapia tem demonstrado resultados relevantes no tratamento desta DSF, podendo auxiliar através da conscientização da contração voluntária dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP), relaxamento e fortalecimento, bem como ganho proprioceptivo. O objetivo principal deste trabalho é apresentar os principais recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas para o tratamento do vaginismo. Este estudo trata-se de uma revisão de literatura de caráter qualitativo. As buscas dos materiais que compuseram esta revisão foram realizadas nas seguintes bases de dados: BVS, Google Acadêmico, Scielo e biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade Educação e Meio Ambiente (FAEMA). O tratamento fisioterapêutico das DSF tem como objetivos a redução do medo e da ansiedade, redução da proteção muscular de reação, normalização do tônus dos MAP e alívio da dor. Para o tratamento do vaginismo alguns recursos podem ser utilizados, dentre eles: biofeedback, cinesioterapia (exercícios de Kegel), eletroestimulação e cones vaginais. Os estudos clínicos incluídos nesta revisão aplicaram protocolos compostos por dois ou mais recursos combinados, sendo que alguns também incluíram tratamentos farmacológicos e psicológicos. Considera-se que, apesar de os estudos apontarem para a eficácia do tratamento fisioterapêutico do vaginismo, os estudos são bastante heterogêneos, especialmente quanto aos protocolos aplicados e ao tempo de tratamento. Neste sentido, sugere-se a realização de novos estudos com protocolos padronizados e rigor metodológico, para que se possa determinar o melhor tratamento para esta disfunção sexual que afeta de forma tão significativa a vida de quem a possui.

Palavras-chave: Fisioterapia. Vaginismo. Disfunção Sexual.

ABSTRACT

Vaginismus is considered a Sexual Dysfunction (SD) of unknown etiology, characterized by involuntary spasms of the external muscles of the vagina that hinder or, in some cases, prevent vaginal penetration. Physiotherapy has shown relevant results in the treatment of this FSD, and can help through awareness of voluntary contraction of the Pelvic Floor Muscles (PFM), relaxation and strengthening, as well as proprioceptive gain. The main objective of this work is to present the main physiotherapeutic resources and techniques used for the treatment of vaginismus. This study is a qualitative literature review. The searches of the materials that composed this review were carried out in the following databases: BVS, Academic Google, Scielo and the Júlio Bordignon library of the Faculdade Educação e Meio Ambiente (FAEMA). Physiotherapeutic treatment of DS aims to reduce fear and anxiety, reduce reaction muscle protection, normalize PFM tone and relieve pain. For the treatment of vaginismus, some resources can be used, including: biofeedback, kinesiotherapy (Kegel exercises), electrical stimulation and vaginal cones. The clinical studies included in this review applied protocols composed of two or more combined resources, some of which also included pharmacological and psychological treatments. It is considered that, despite the studies pointing to the efficacy of physical therapy treatment for vaginismus, the studies are quite heterogeneous, especially regarding the protocols applied and the length of treatment. In this sense, it is suggested to carry out further studies with standardized protocols and methodological rigor, in order to determine the best treatment for this sexual dysfunction that affects so significantly the lives of those who have it.

Keywords: Physiotherapy. Vaginismus. Sexual Dysfunction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dispositivo de Eletroestimulação.....	26
Figura 2 – Cones vaginais	24
Figura 3 – Exercícios de Kegel	24

LISTA DE SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DSF	Disfunção Sexual Feminina
EEF	Estimulação Elétrica Funcional
EENM	Eletroestimulação neuromuscular
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente.
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
TENS	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO PRIMÁRIO.....	13
2.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	13
3	METODOLOGIA	14
4	REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1	ANATOMIA E FISILOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	15
4.1.1	Função Sexual Feminina	17
4.1.2	Disfunções Sexuais Femininas	18
4.1.3	Diagnóstico fisioterapêutico e tratamento das disfunções sexuais femininas	20
4.1.4	Recursos Fisioterapêuticos Aplicados No Vaginismo	22
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXO A – RELATÓRIO DE PLÁGIO	37
	ANEXO B – CURRÍCULO LATTES	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

O vaginismo é considerado uma disfunção sexual mais prevalente e tem como característica a contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico (AP), é comum que as disfunções sexuais tornem as relações sexuais mais complicadas, apesar da sua origem ainda ser desconhecida, em muitos casos o vaginismo pode estar relacionado com transtorno psíquico, causas religiosa e familiar quando é relacionado ao sexo (CARVALHO et al., 2017).

Independente da sua origem, os casos de vaginismo são caracterizados pela impossibilidade de penetração por conta de uma contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico- MAP, o que influencia diretamente o desenvolvimento de disfunções sexuais (BASSON et al., 2010).

Quando há tentativa de penetração vaginal, seja com pênis, dedos, tampão ou espécule, pode também dificultar a realização de exames ginecológicos por conta da contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico (AMARAL, 2017).

Em muitos casos as mulheres com vaginismo apresentam desejo excitação e orgasmos com outras formas de relação que não ocorra a penetração, estas mulheres apresenta a lubrificação vaginal e orgasmo, mas não consegue realizar o ato sexual (ANTONIOLI et al., 2010).

As alterações do tônus dos músculos do assoalho pélvico, principalmente o musculo elevador do ânus e os músculos perineais caracterizam a manifestação do vaginismo (FERREIRA et al., 2007).

A fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (MAP) é um dos fatores de riscos para as disfunções sexuais (MARIJKE et al., 2009)

No momento atual as disfunções sexuais femininas tendem a influenciar a saúde física e psicológica das mulheres em sua fase reprodutiva, e pode resultar em dificuldades pessoais e interpessoais, levando a diminuição do bem-estar da mulher e conseqüentemente do seu parceiro (MUNARRIZ et al., 2002).

O tratamento da disfunção sexual feminina é de suma importância, pois na questão da saúde a vida sexual desempenha uma função vital para os dois sexos (BACK 2002)

A fisioterapia uroginecológica, uma área nova da Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), é um recurso terapêutico que está qualificado no tratamento das disfunções sexuais de ambos os sexos (DRIUSSO; PATRICIA, 2018).

A abordagem fisioterapêutica nesses casos pode inserir técnicas simples e de baixo custo como a cinesioterapia, eletroestimulação, terapias manuais, biofeedback, e cones vaginais (THIEL et al., 2008).

Alguns dos objetivos dos tratamentos fisioterapêuticos das disfunções sexuais, são elevar a conscientização e propriocepção da musculatura, melhorar a discriminação muscular e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular, aumentar a elasticidade na abertura vaginal e dessensibilizar zonas dolorosas, e reduzir o medo da penetração vaginal (SILVA; ABREU, 2014).

A fisioterapia pode auxiliar no tratamento do vaginismo ao trabalhar com a musculatura do assoalho pélvico conscientizando as mulheres da contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico, incitando seu relaxamento e fortalecimento, bem como um ganho proprioceptivo dos músculos (MOREIRA et al., 2005; PINHEIRO, 2009; ROSENBAUM, 2005).

A realização deste trabalho é justificada pelo vaginismo ser a disfunção sexual mais prevalente entre as mulheres e por impactos significativos e negativos na vida sexual da mulher e do parceiro. Portanto este trabalho tem como objetivo primário apresentar os principais recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas para o tratamento do vaginismo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Apresentar as principais técnicas e recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento do vaginismo.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Descrever a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino;
- Discorrer sobre as principais disfunções sexuais femininas;
- Caracterizar o vaginismo e suas repercussões na saúde da mulher;
- Evidenciar a fisioterapia e seus recursos no tratamento do vaginismo.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura de caráter qualitativo. As buscas dos materiais que compuseram esta revisão foram realizadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual Scielo e no acervo literário da biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade Educação e Meio Ambiente (FAEMA).

Para o levantamento foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Fisioterapia/physiotherapy; Vaginismo/ Vaginismus; Disfunção sexual/Sexual Dysfunction.

Foram incluídos nesta revisão, estudos publicados entre os anos de 2000 a 2021, disponíveis nos idiomas português e inglês, disponibilizados na íntegra e devidamente embasados e relacionados ao assunto da presente pesquisa.

Foram utilizados como critérios de exclusão: artigos anteriores ao ano de 2000, livros sem ano definido para pesquisa, artigos não disponíveis na íntegra para consulta e que não estavam relacionados ao assunto.

O estudo se desenvolveu por uma sequência de etapas que teve início pela seleção do material bibliográfico, através das consultas nas bases de dados e plataformas indexadas. Em seguida os mesmos foram analisados e compilados dentro deste trabalho.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino é dividido em órgãos externos e internos. Os órgãos internos são denominados: útero, vagina, ovários e tubas uterinas. E os externos utilizam o termo vulva ou pudendo, compostos pelo monte púbico, lábios menores, lábios maiores, clitóris e bulbo do vestíbulo (DANGELO; FATTINI, 2011).

O útero é um órgão interno, com volumes variados que podem ser modificados conforme as influências hormonais no decorrer da fase da vida de uma mulher, como por exemplo na puberdade, gravidez e/ou menopausa. Tem o formato de uma pera, suas paredes são espessas e com características 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. Sua sustentação é através de ligamento largo do útero, sendo o ligamento redondo do útero e ligamento cardinal, podendo variar a localização e espessura de acordo com a idade, gravidez e ciclo menstrual da mulher (MAUAD FILHO, 2011).

Os ovários são órgãos pares localizados ao lado do útero na parede lateral da cavidade pélvica, sua função está relacionada a produção de ovócitos e síntese de hormônios como o estrógeno e a progesterona. As tubas uterinas são as estruturas de ligação entre o útero e os ovários, fornecendo uma espécie de via de passagem, e tem como principal função transportar os ovócitos dos ovários até o útero, é também nessas vias que os espermatozoides transitam em direção aos ovócitos (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2017).

Os pequenos lábios estão localizados na parte interior dos grandes lábios, tem como função proteger o vestíbulo da vagina, dificultando presença de infecções bacteriana, e ajuda na lubrificação. Está localizado no interior dos grandes lábios, apresentam duas pequenas fendas ligadas ao clitóris (SILVA, 2017).

As paredes da uretra há as aberturas dos ductos das glândulas uretrais que secretam muco e nos lados do orifício vaginal estão as glândulas vestibulares maiores, que produzem muco para lubrificação durante o ato sexual (GRABOWSKI; TORTORA, 2000).

O clitóris é uma estrutura em formato cilíndrico composta por dois corpos eréteis, os corpos cavernosos, e diversos nervos e vasos sanguíneos e fica localizado na junção anterior dos lábios menores da vulva. Uma camada de pele chamada prepúcio do clitóris é formada no ponto em que parte dos lábios menores do pudendo se unam e recobrem o corpo do clitóris. O clitóris pode aumentar seu tamanho quando recebe estimulação tátil e tem função na excitação sexual e prazer da mulher (TORTORA; NIELSEN, 2013).

O canal vaginal é fisiologicamente e anatomicamente adaptado para o acoplamento do pênis, permitindo que o ato sexual se desenvolva naturalmente. O hiato urogenital, abertura transfixada pelos canais uretra, vagina e reto, tem sua abertura regulada pela contração da musculatura do assoalho pélvico (MAP), de modo que esta contração aumenta as pressões internas nestes três canais, regulando as funções urinárias, sexual e evacuatória (ASHTON-MILLER; DELANCEY, 2014).

Constituída por músculos como diafragma pélvico, urogenital e fáscia endopélvica, a pelve feminina serve como uma estrutura de sustentação e dá suporte as vísceras abdominais e órgãos pélvicos, resistindo às pressões exercidas pelo aumento da pressão abdominal (LIMA 2010).

Em síntese, a vagina é um órgão fibromuscular, sua espessura é cerca de 7,5 a 9 centímetros de comprimento. É um órgão constituído por um tubo músculo-membranáceo mediano denominado de canal vaginal, caracterizado por sua forma elástica, o canal vaginal tem a capacidade de aumentar a sua espessura, facilitando a função sexual da mulher (WALTERS; KARRAM, 2016).

O assoalho pélvico é uma estrutura complexa formada por músculos, fáscias e ligamentos que fecham a parte inferior da pelve, cavidade pélvica. Anteriormente limita-se pelo arco púbico e posteriormente pelo cóccix, lateralmente pelos ramos e ísquios púbicos e ligamentos sacrotuberais (KHALE; LEONHARDT; PLATZER, 2000).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) é uma camada muscular que tem como uma das principais funções, o auxílio no suporte dos órgãos pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, e ainda um importante papel na sexualidade feminina (MOREIRA; ARRUDA, 2010).

O diafragma urogenital, ou espaço perineal profundo, é caracterizado pelo músculo transverso profundo do períneo (BEZERRA et al., 2011).

O músculo levantador do ânus é dividido em feixes pubo coccígeo, pubo retal e ílio coccígeo, apresentando uma simetria bilateral, é capaz de manter o tônus

muscular por períodos prolongados e em situações que há o aumento da pressão intra-abdominal (LACERDA, 2000).

4.1.1 Função Sexual Feminina

A saúde sexual é uma parte importante da vida para reprodução humana, mas não é responsável somente para reprodução sexual e sim pela qualidade de vida psicológica e física, bem-estar social e familiar (REIS, 2019).

Formado por quatro fases da resposta sexual, o ciclo sexual segue uma sequência que se inicia na fase do desejo, fase da excitação e platô, orgasmo e resolução. Quando há alguma alteração em uma destas fases da resposta sexual caracterizadas por algum tipo de transtorno no ciclo da resposta sexual ou presença de dor, este fenômeno pode ser associado a relação sexual baseada em sofrimento interferido (UMANN VIERA, 2010).

Neste sentido é possível observar que a resposta sexual é controlada por uma interação delicada e equilibrada entre todas as partes do sistema nervoso, podendo facilmente ser interrompida por afetos negativos, por conflitos e inibição de ordem física ou psicológica (TOZO, 2007).

A fase do desejo é a primeira fase do ciclo sexual e é caracterizada pelo impulso sexual, que vai funcionar como um ponto gatilho para excitação. Nessa fase os órgãos do sentido vão levar esses impulsos sexuais, independente da origem do estímulo, audição, olfato ou tato. Para o córtex cerebral e sistema límbico, levando a mulher a excitação (BACK, 2004).

Na sequência, a segunda fase é a de excitação na mulher, nesta fase o sistema neurovegetativo vai preparar os genitais para o ato sexual, e pode ser uma fase marcada pelo inchaço e lubrificação vaginal, sendo preparos indispensáveis para o ato sexual confortável (HALBE, 2000).

As múltiplas contrações prazerosas na genitália, sendo a primeira mais intensa e as demais vão ficando mais fracas até que acaba, pode levar a uma sensação de relaxamento geral (LARA, 2019).

A fase resolutive ou orgasmo é a última fase, nela lentamente o organismo, retorna às condições iniciais e o útero reassume a sua posição original, o colo do útero “retorna” para dentro da vagina, a qual perde o tônus (HENTSCHEL et al., 2006). Essa fase pode ser considerada subjetiva ao bem-estar na qual predomina o relaxamento muscular (REIS, 2019).

O estímulo sexual é provocado por pensamentos, fantasias e desencadeado por sentidos como tato, olfato, audição, gustação e visão os quais promovem a excitação, que por sua vez, aumenta até chegar no platô e em seguida ao orgasmo. A fase da resolução corresponde a volta das condições físicas e emocionais anteriores a fase de excitação (ABDO, 2006).

As informações são reconhecidas pelo estímulo sexual é processada pelo cérebro, por experiências emocionais negativas e positivas. Desta forma, a resposta ao estímulo ocorre inicialmente de forma inconsciente e, na sequência de forma consciente. Portanto se na intimidade há a interação entre o aspecto emocional e físico, o resultado será caracterizado pelo bom funcionamento e a qualidade do ciclo sexual (COSTA et al., 2018).

A função sexual feminina está visivelmente associada à qualidade de vida da mulher e ao bem-estar da relação conjugal. Desta forma, a ocorrência de qualquer tipo de disfunção sexual e/ou interrupção de qualquer uma das fases descritas, pode levar a índices extraordinários de acometimento a saúde emocional da mulher, uma vez que muitas delas podem se sentir constrangidas ou frustradas, além das frequentes cobranças dos parceiros, o que impacta diretamente na conjugalidade e na qualidade de vida da mulher (GOMES, 2019).

4.1.2 Disfunções Sexuais Femininas

Caracterizadas por desordens psicossomáticas, as disfunções sexuais, influenciam diretamente a relação sexual e o prazer durante o ato sexual (SOUZA et al., 2020).

Essas disfunções podem ser divididas e baseiam-se no modelo das quatro fases da resposta sexual: disfunção da excitação, disfunção do desejo, disfunção do orgasmo e disfunção da dor sexual (CARVALHO, 2014).

As consequências negativas trazidas por uma atividade sexual desagradável, pode levar ao desenvolvimento de um quadro de aversão sexual, caracterizado por transtornos sexuais (ROJTENBERG, 2004).

A dispareunia pode ser classificada como um transtorno sexual caracterizado pela sensação de dor, durante o ato sexual. E pode estar associada a causas orgânicas ou fatores psicológicos (HENTSCHEL et al 2006).

Na maioria das vezes este quadro pode estar associado à fobia ao coito e a penetração vaginal, à inibição sexual geral ou a falta de orgasmo. Apesar de existir interrogações se a dispareunia é realmente uma disfunção sexual e é consequência da dor e do medo da dor, seu tratamento pode ser realizado com abordagem social, psicológica e física (MOREIRA, 2013).

Algumas das possíveis causas dessa disfunção estão relacionadas a prejuízos na região pélvica durante o parto, doenças inflamatórias pélvicas e vaginais, endometriose, e infecções nessas regiões ou problemas associados a fatores psicológicos como depressão e abuso sexual e a ocorrência de vulvodínia (LIMA et al., 2016).

A vulvodínia que também é considerada uma disfunção sexual feminina e pode ser caracterizada como uma dor crônica associada hipersensibilidade no local da vulva. É a causa mais comum de dor durante o ato sexual em mulheres abaixo dos 30 anos (LATORRE, 2020).

Podendo ser classificada em espontânea ou provocada, por contato, relação sexual, e em generalizada ou localizada como a vestibulodínia, a clitorodínia e a hemivulvodínia (MONTEIRO, 2015).

A dor pélvica crônica é objeto de muitas controvérsias pois alguns pacientes definem como dor abdominal baixa que dura por mais de seis meses de evolução e compromete a qualidade de vida da mulher. Outros autores, definem como uma dor constante com mais de três meses de evolução ou um tipo de dor intermitente (MOLINA; ROJAS; ESCOBAR, 2002).

O vaginismo, pode ser considerado uma disfunção sexual mais prevalente, trata-se de um distúrbio caracterizado pela contração/ espasmos involuntários dos MPA e da vagina, o que tornam as relações sexuais difíceis e muitos casos impossíveis e tende a ser um problema psicossomático, ou seja, apesar de numa elevada porcentagem de casos a sua origem parece estar relacionada com problemas psicológicos, o que leva a reação espasmódica impeditiva da penetração (CARVALHO et al., 2017).

Pode ser classificado em primário ou secundário. O primário é definido quando a mulher é incapaz de manter relações sexuais devido as contrações involuntárias, o secundário é quando já ocorreu as relações sexuais, porém a mulher não é mais hábil a manter a relação sexual devido a mesma origem, e geralmente nesses casos o vaginismo vem acompanhado de dispareunia (AVEIRO; GARCIA; DRIUSSO, 2009).

De origem ainda desconhecida, o vaginismo tem apontamentos de que as principais causas estejam relacionadas a ansiedade fóbica das mulheres antes da penetração vaginal (LOPES et al., 2003).

Como fatores físicos, a anormalidade congênita do hímen, atrofia vaginal, infecções, lesões na vagina, endometriose, doenças sexualmente transmissíveis e congestão pélvica, podem também estar relacionadas aos fatores de origem (PALMA; BERGHMANS; SELEME, 2014).

Em um estudo realizado por Reissing et al., (2005), os autores identificaram que 10 a 15% das mulheres já tiveram experiências, com algum tipo de dor na relação sexual, e os autores suspeitam ser vaginismo.

Uma outra investigação na mesma área constatou que aproximadamente 10 a 20 % das mulheres que procuram assistência devido a alguma disfunção sexual, possuem características de vaginismo (AVEIRO; GARCIA; DRIUSSO, 2009).

4.1.3 Diagnóstico fisioterapêutico e tratamento das disfunções sexuais femininas

O Diagnóstico das DSF está diretamente relacionado com as queixas das pacientes, aliada a presença de alguns elementos de anamnese. A anamnese pode ser constituída pela inspeção visual e palpação do assoalho pélvico- AP, a identificação das condições da musculatura, como por exemplo pontos de dor, presença de incontinência urinaria, fecal e flacidez, distopias, teste de sensibilidade e avaliação dos reflexos na região pélvica, são partes fundamentais para a avaliação fisioterapêutica (BATISTA, 2017).

A avaliação dos MAP, através da palpação digital, normalmente é realizada com a paciente na posição ginecológica. O examinador introduz os dedos indicador e médio na vagina, ou apenas o indicador, dependendo do método utilizado, e solicita que a paciente contraia os MAP e mantenha essa contração por alguns segundos, sendo, nesse momento, realizada a graduação (MORENO, 2009)

O objetivo da avaliação é identificar as alterações que podem ser a causa da disfunção sexual ou que pode contribuir para seu agravamento. Assim, pode se observar com maior destaque especialmente as alterações das curvas fisiológicas que

interferem na biomecânica pélvica e que prejudica de forma abrangente o desempenho do MAP no ato sexual (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Avaliação da função da musculatura do assoalho pélvico irá proporcionar ao fisioterapeuta informações como habilidade de contração e constitui ferramenta fundamento para elaborar protocolo de tratamento e analisar registro das alterações da função muscular decorrente de intervenção fisioterapêutica (DRIUSSO, 2018).

A avaliação da musculatura pélvica é feita por palpação vaginal é realizada por uma fisioterapeuta com treinamento e experiência na aplicação da escala de Oxford modificada as pacientes devem deitar na posição supina, com os joelhos flexionados, a avaliadora usa dois dedos para a palpação vaginal enquanto as pacientes realizavam contração máxima e sustentada da musculatura pélvica mantendo a respiração normal (SANCHES 2010).

Para a medida da escala de Oxford modificada, pede para que a paciente contraísse e mantivesse a contração dos músculos perineais ao redor do dedo do examinador. Assim, graduou-se a capacidade de contração dessa musculatura da seguinte maneira: 0 – nenhuma pressão: ausência de resposta muscular dos músculos perivaginais; 1 – esboço de contração muscular não sustentada; 2 – presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta; 3 – contração moderada: sentida com aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal; 4 – contração satisfatória: aquela que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica; 5 – contração forte: compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica (BO; SHERBURN, 2005).

O fisioterapeuta para garantir sua segurança profissional deve ter um termo de consentimento explicando todos os procedimentos fisioterapêuticos durante a avaliação ou realizando o protocolo de tratamento da musculatura do assoalho pélvico. A paciente deve assinar esse documento em duas vias, após ler e tirar suas dúvidas. Uma cópia deverá ficar com o fisioterapeuta e outra com o paciente (DRIUSSO, 2018).

Após cumprir os termos e indispensável ao iniciar uma avaliação fisioterapêutica do assoalho pélvico, deve orientar a paciente de cada etapa, exame físico e da avaliação específica, pois, a avaliação pode ser frustrante ou embaraçosa para muitas mulheres.

Uma inspeção cuidadosa da região perineal é necessária, para palpar as paredes vaginais o profissional deve utilizar os dedos. É importante orientar o paciente que o exame pélvico deve ser cauteloso, pois pode causar desconforto e agravar a dor. É necessário também realizar inspeção da genitália feminina, onde pode se observar, afastando os grandes lábios para uma melhor visualização do introito vaginal (BENSON, 2005).

O tratamento fisioterapêutico para as DSF possui objetivos como: reduzir o medo e ansiedade através da exposição ao toque vaginal, diminuir a proteção muscular de reação, normalizar o tônus dos músculos do MAP e aliviar a dor (PEIXOTO et al., 2020).

Portanto deve se incluir condutas como dessensibilização, exercício de cinesioterapia que são exercícios que fortalecem a musculatura do períneo, exercícios de dilatação vaginal com dilatadores vaginais de diversos tamanhos realizados em progressão, biofeedback, uma técnica que possibilita a visualização das contrações, proporcionando eficácia no controle da musculatura perineal, *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS), utilizado para o tratamento da dor perineal e terapia manual, que servem para a liberação de contraturas e pontos gatilho nos MAP, e treinamento dos MAP, aprendendo a contrair da forma correta (PEIXOTO et al., 2020).

4.1.4 Recursos Fisioterapêuticos Aplicados No Vaginismo

Na reeducação do assoalho pélvico é muito utilizado o Biofeedback. Ele consiste em um equipamento que pode proporcionar para a paciente um retorno através de sinais luminosos, número e sonoros, permitindo a realização da autoavaliação da MAP sobre o movimento que possa ser ensinado a paciente que tenha uma consciência maior da sua contração muscular, é um importante recurso a ser usado na fase inicial da avaliação do tratamento (MORKVED, 2002).

Esse método consiste na aplicação de eletrodos acoplados na musculatura do assoalho pélvico e musculatura sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), que através de comandos verbais dados pelo fisioterapeuta, orientará os músculos do assoalho pélvico excluindo o sinergista (MATHEUS, 2006).

O objetivo do tratamento por biofeedback é de ajudar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico. Sua contribuição consiste também em garantir a aquisição rápida, precisa, segura da participação da paciente em sua reeducação (MATHEUS, 2006).

Quando os exercícios são associados ao Biofeedback, ou a equipamentos que permitem a conscientização muscular através da visualização de sinais, os resultados obtidos na recuperação do assoalho pélvico são superiores à terapêutica isolada (POTRICK, 2002).

A eletroestimulação neuromuscular é a utilização de corrente elétrica que estimula a inervação da víscera pélvica ou supre sua inervação. O objetivo pretende ser alcançado com a EENM é levar a uma resposta terapêutica. A utilização dessa técnica tem o propósito de proporcionar a contração passiva da musculatura perineal, indicando extrema relevância na conscientização da contração desta musculatura em pacientes que têm dificuldade de reconhecer. No seu desempenho pode ser por meio de eletrodos endovaginais interligados a um gerador de impulsos elétricos, que possibilitam a contração do períneo (SILVA, 2017).

A eletroestimulação (Figura 1) consiste na colocação intravaginal de um dispositivo aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5 de diâmetro. A corrente está caracterizada como um estímulo elétrico de baixa frequência de 10 a 50Hz, onde sua intensidade é ajustada a nível da paciente, para que não se torne desconfortável, sendo suficiente para a percepção da contração da musculatura pélvica. A técnica envolve a estimulação do nervo pudendo, realizando a contração passiva da musculatura perineal, sendo muito eficaz na conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular (BUZO et al., 2017).

Figura 1 - Dispositivo de Eletroestimulação



Fonte: Silva (2003).

A eletroestimulação é contraindicada em pacientes grávidas ou com suspeita de gravidez, com lesões ou infecções urinárias ou vaginais, diminuição da função cognitiva, cancro do colo do útero, recto ou gêrito-urinário, período menstrual, uso do marca passo ou implantes metálicos na região da anca ou dos membros inferiores (MORENO, 2004).

Os cones vaginais (Figura 2) podem promover um exercício contrátil muscular mais específica e eficaz pois a faz a paciente manter na vagina a necessidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (DREHER et al., 2009).

Figura 2 - Cones Vaginais



Fonte: Bertolini (2013).

É um conjunto de cones de tamanhos iguais porem de pesos progressivo, com forma anatômica que permite a introdução na vagina. Essa técnica permite distinguir os músculos do pavimento pélvico dos grandes grupos musculares sinérgicos,

abdominais, adutores e glúteos, gerando um aumento da propriocepção (MORENO, 2004).

O cone age forçando os MAP na direção caudal, fazendo assim que o músculo se contraia. O cone é inserido e paciente deve começar a andar. Se o cone ficar retido por um minuto, a paciente deve passar para o cone seguinte, o cone mais pesado que ficar retido por um minuto é o cone utilizado para iniciar o tratamento. A paciente deve inserir o cone duas vezes por dia, andar e realizar outro tipo de atividades de pé não muito cansativas durante 15 minutos. Evolução de cones ocorre quando a paciente consegue aguentar um cone por dois dias seguidos, passando assim a para o seguinte (POLDEN, 2002).

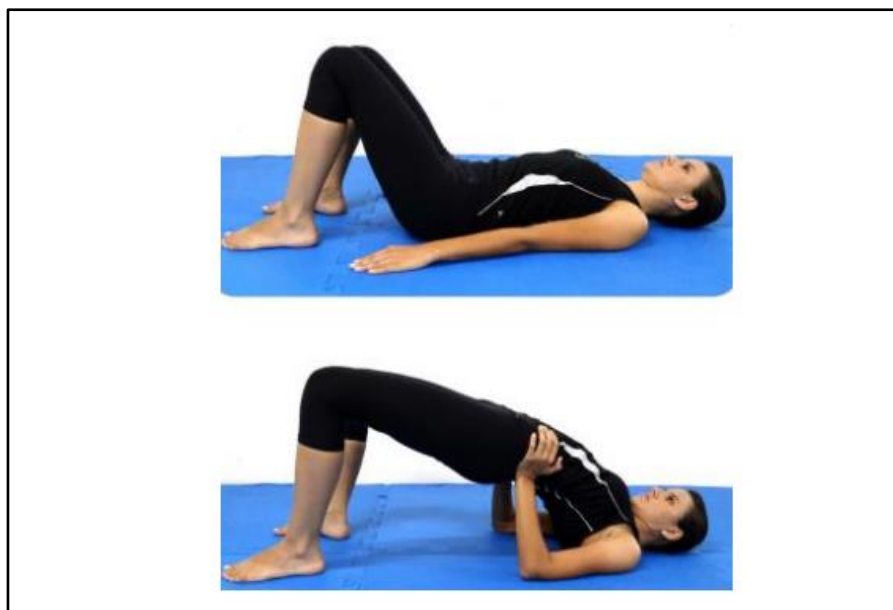
O propósito dos cones vaginais é proporcionar melhora na força muscular, resistência e promover aumento da conscientização da contração do Músculos do assoalho pélvico. As cargas consideradas dos cones vaginais podem variar, de 20 a 70 gramas, e devem ser usados de maneira específica respeitando a individualidade de cada paciente. Logo que se obtém as evoluções, é recomendado realizar o aumento gradual da carga (SOUZA et al., 2020).

Os cones vaginais são contraindicados nas seguintes circunstâncias: presença de infecções no trato urogenital, distúrbios psiquiátricos ou falta de compreensão, durante o período menstrual, durante ou imediatamente após as relações sexuais, uso concomitante a tampões, diafragmas, gravidez e retenção/obstrução urinária (MORENO, 2004).

Dessensibilização gradual é realizada de maneira gradativa, para não expor a mulher em situações que causam desconforto. O processo terapêutico de dessensibilização é recomendada nos casos de vaginismo e deve ser feito através de digito pressão e deslizamento, onde manobras miofasciais podem ser alcançadas para o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico e facilitar a penetração (SERRA, 2009).

A cinesioterapia também conhecida como treino da musculatura do assoalho pélvico ou exercícios de Kegel (Figura 3) pode ser utilizada no tratamento das disfunções sexuais, devido ao recrutamento muscular local com consequente incremento da vascularização pélvica e sensibilidade clitoriana. E tal conduta tem como objetivo melhora da lubrificação e da excitação (WOLPE et al., 2015).

Figura 3 - Exercícios de Kegel



Fonte: balance Pilates (2005).

Na década de 40 e 50 o Dr. Arnold Kegel elaborou o exercício de Kegel, que são utilizados para ganhar controle dos músculos que circundam o introito, consistem em movimentos voluntários de contração e relaxamento do pavimento pélvico e estriado uretral (LUZ; COSTA E SILVA, 2012).

A execução dos exercícios perineais supervisionados pode ser associada respiração abdominal diafragmática e os exercícios realizados seguem a instruções verbais do fisioterapeuta. Em séries de oito repetições pode ser realizada contrações por cinco segundos com a paciente em diferentes posições. Pode ser feito também contrações perineais breves por um a dois segundos (SILVA et al., 2011).

O posicionamento em decúbito ventral e dorsal promovem maior facilidade e eficiência na contração do períneo, estes exercícios perineais devem ser realizados com a bexiga sem nenhum volume de líquido e a paciente mantém a contração dos músculos do assoalho pélvico durante o período de dez segundos, posteriormente relaxa os músculos seguindo uma ordem de repetições, três vezes ao dia (BUZO et al., 2017).

O objetivo dessa técnica é promover também a compreensão da musculatura perineal através da contração e do relaxamento mediante ao comando verbal. Dessa forma a mulher terá um hábito e controle corporal mais aprimorado e aprenderá a relaxar a musculatura durante o ato sexual (SELEME, 2002).

E como parte do tratamento as pacientes devem utilizar também uma conduta domiciliar de exercícios como rotina de manutenção diária. Pode se começar os exercícios após a conscientização dos músculos perineais. Deve ser estabelecido um número de repetições e associação com a respiração. É de suma importância que tenha conhecimento exato da musculatura que deve trabalhar, pois a ação sinergista pode ser adicionada a ação da musculatura perineal interferindo na terapêutica focada nos músculos que circundam o introito vaginal (BARACHO, 2002).

Um estudo realizado por Seo et al., (2005), que incluiu 12 mulheres com vaginismo, buscou avaliar o efeito da Estimulação Elétrica Funcional (EEF) e do biofeedback associado a terapia cognitivo comportamental sexual. Neste estudo foram realizadas 12 sessões de EEF-biofeedback e 8 sessões de terapia cognitivo comportamental sexual. Ao final do tratamento todas as pacientes foram capazes de ter relação sexual vaginal de forma satisfatória, o que evidenciou que a combinação destas técnicas é clinicamente aceitável e eficaz para tratar o vaginismo.

Outro estudo, conduzido por Jeng et al., (2006), buscou avaliar a eficácia de um protocolo de tratamento para vaginismo, composto por: exercícios de Kegel e de dilatação vaginal usando os próprios dedos e do parceiro, relaxamento dos músculos pubococccígeos, dentre outros recursos incluindo fármacos e terapia sexual. Este estudo contou com 120 casais. Após o tratamento, 93,3% dos casais foram capazes de realizar penetração vaginal de forma satisfatória.

Em um estudo de caso realizado por Schafascheck et al., (2020), participou uma mulher de 48 anos que foi submetida a 10 sessões de fisioterapia pélvica. O protocolo de tratamento foi: TENS, termoterapia superficial localizada (infravermelho), liberação de pontos gatilhos, massagem perineal, alongamento da MAP e relaxamento vibratório. Após o tratamento houve melhorias significativas na função do assoalho pélvico, no entanto não foi observada melhora da função sexual.

No estudo de Silva, Felix e Mozerle (2020), foram utilizadas as seguintes técnicas para tratamento do vaginismo: biofeedback, exercícios de Kegel, cinesioterapia, cones vaginais, relaxamento da MAP e dessensibilização por meio de cotonete. Foram realizados 15 atendimentos de 50 minutos cada. Neste estudo o tratamento proposto foi efetivo na redução da dor, melhora da percepção corporal e na melhora da função sexual.

Santin e Gadêlha (2008), realizaram um estudo de caso com uma paciente com diagnóstico de vaginismo. Foram realizadas 15 sessões de fisioterapia associada a

acompanhamento psicológico. O protocolo de tratamento foi composto por: massagem intravaginal, alongamentos, eletroestimulação, biofeedback e dessensibilização perineal. O tratamento foi considerado eficaz para melhora da qualidade de vida, melhora da dor e da qualidade da relação sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia, por meio de uma variedade de recursos físicos, tem se mostrado eficaz no tratamento do vaginismo, seja de forma isolada ou interdisciplinar. Na maioria dos estudos, o tratamento fisioterapêutico, isolado ou combinado, foi capaz de promover melhora da função sexual.

Dentre os recursos fisioterapêuticos que podem ser utilizados para o tratamento do vaginismo, os mais abordados pelos estudos foram: biofeedback, cinesioterapia (exercícios de Kegel), eletroestimulação e cones vaginais. Os estudos clínicos inclusos nesta revisão aplicaram protocolos compostos por dois ou mais recursos combinados, sendo que alguns também incluíram tratamentos farmacológicos e psicológicos.

A maioria dos estudos clínicos aponta para a eficácia da abordagem fisioterapêutica, no entanto, observou-se que os estudos são bastante heterogêneos, especialmente quanto aos protocolos aplicados e ao tempo de tratamento. Neste sentido, sugere-se a realização de novos estudos com protocolos padronizados e com rigor metodológico para que se possa determinar o melhor tratamento para esta disfunção sexual que afeta de forma tão significativa a vida de quem a possui.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.; FLEURY, H. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/22002>. Acesso em: 08 ago. 2021.
- AMARAL, Priscila Pereira. Intervenção da fisioterapia uroginecológica no tratamento coadjuvante do vaginismo. **Revista Visão Universitária**, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/126>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- ASHTON-MILLER, James A.; DELANCEY, J. O. **Functional anatomy of the female pelvic floor**. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, van Kampen M, Evidence based physical therapy for the pelvic floor—Bridging science and clinical practice, p. 19-33, 2014. Disponível em: encurtador.com.br/yDTV1. Acesso em: 26 ago. 2021.
- AVEIRO, Mariana Chaves; GARCIA, Ana Paula Urdiales; DRIUSSO, Patrícia. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, p. 279-283, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/DQJ5tsD3KZWpWtJ3kBWztfj/abstract/?lang=pt&format=html&stop=next>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- Back, L. R. 2002 **A falta do desejo sexual feminino** – aspectos psicossociais. Disponível em :http://www.mps.com.br/infoserv/renascer/desejo_sexual.htm. Acesso: 09 out. 2021.
- Back, L. R. 2004 **A falta do desejo sexual feminino** – aspectos psicossociais. Disponível em: <https://repositoriocientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/314/3/A%20Fisioterapia%20na%20Disfunção%20Sexual%20Feminina.pdf>. Acesso 14 set.2021
- Baracho E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, p.465-9. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489/6023>. Acesso em: 20 set. 2021.
- BASSON, Rosemary et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 1, p. 314-326, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515328630>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- BATISTA, M. C. D. S. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Diagn. Tratamento**. v.22, n.2, p.78-82, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833699> . Acesso em: 01 ago. 2021.
- BEZERRA, M.R.L et al. Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética. **Radiol. Bras.**, v.34, n.6, p.323–326, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rb/a/zKVXdBJXHLBDNqYK3qnNrVC/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 18 de ago. 2021.

- BO, K.; SHERBURN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **Journal of the American Physical Therapy Association**, v. 85, n. 3, p. 269-282, 2005. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-005-0016-3>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- BUZO, D.F.D.C; CRUZ, N.C.D.; GARBIN, R.D.F. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na satisfação sexual feminina. **Faculdades Integradas de Fernandópolis**, 2017. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9187>. Acesso em: 25 set. 2021.
- CARVALHO, Susana Isabel Nunes. **Disfunções sexuais femininas**. 2014. Disponível: https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/92865/1/M_susana%20carvalho.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.
- CARVALHO, Joana Chaves Goncalves Rodrigues de; ANGALUSA, Luís Miguel ; MOREIRA, Luísa Manuela Ribeiro; COSTA, Joana Catarina Monteiro da. Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilhos e radiofrequência pulsada do nervo pudendo. *Rev Bras Anesthesiol*. 2017;67(6):632636. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/wKKfBTkc4WL9RWXngm66kWL/abstract/?lang=pt>. Acesso 25 set. 2021
- COSTA, C.K.L.D; SPYRIDES, M.H.C.; MARINHO, A.C.N.; SOUSA, M.B.B.D. Physical therapy care in female sexual function: educational intervention of the pelvic floor muscles. **Fisioterapia Brasil**, v.19, n.1, p.65-71, 2018. Disponível em: https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/Káryhta%20Mariane%20S_%20de%20Castro.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.
- DANGELO, J.G.; FATTINI, C.C. **Anatomia sistêmica e segmentar**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2011. 780p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abmvz/a/L3LpyTvzZxjxbkmrHQrFmTL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2021.
- DREHER, Daniela Zeni et al. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. **Scientia Medica**, v. 19, n. 1, 2009.. Disponível em: https://sandrabarbosa.webnode.com.br/_files/200000065-20755216f6/ARTIGO%20CONES%20VAGINAIS.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.
- DRIUSSO, Patricia, **Avaliação fisioterapêutica da musculatura do assoalho pélvico feminino**. Barueri, SP: Manole, 2018. Disponível em: <https://leto.pucsp.br/bitstream/handle/15823/1/Melina%20Serra.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- ETIENNE, M.A; WAITMAN, M.C. **Disfunções sexuais femininas: a Fisioterapia como recurso terapêutico**. São Paulo: livraria médica paulista, 2006. 178p. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1981/1/Malu%20Gomes%20Goulart.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.
- fanorgasmia.htm. Acesso 18 agost.2021
- FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes; SOUZA, Ariani Impieri de; AMORIM, Melania Maria Ramos de. Female sexual dysfunction prevalence in a family planning clinic at a university hospital located in Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6Z9qJGkPpvBtGzng76tnMPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 26 set. 2021.
- GOMES, G. L. P. **Disfunção sexual feminina na relação conjugal: uma revisão de literatura**. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Juazeiro do Norte,

2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/gR6xLY789rj3f9tmMmT9CGw/?lang=pt> . Acesso em: 02 set. 2021.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2000. Disponível em: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/73/62>. Acesso em: 25 ago. 2021.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, D.L.; CAPP, E.; GOLDIM, J.R.; PASSOS, E.P. Physiological aspects and disorders of female sexuality. **Rev. HCPA**, v.26, n.2, p.61-65, 2006. Disponível em:

https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/Káryhta%20Mariane%20S_%20de%20Castro.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

JENG, Chong-Jye et al. Management and outcome of primary vaginismus. **Journal of sex & marital therapy**, v. 32, n. 5, p. 379-387, 2006. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1080/00926230600835189>. Acesso em: 17 nov. 2021.

JUNQUEIRA, L.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 568 p. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/51509/751375149120>. Acesso em: 03 set. 2021.

KHALE, W.; LEONHARDT, H.; PLATZER, W. **Atlas de Anatomia: aparelho de movimento**. São Paulo: Atheneu, 2000. Disponível em:

https://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_5950f2933dbcf.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

LACERDA, C. A. M. Estrutura do soalho pélvico feminino. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia feminina**. São Paulo: BYK, 1999. Disponível em :

https://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_5950f2933dbcf.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

LARA, L.A.D.S. et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. **Femina**, Goiás, v. 47, p. 68, 2019. ISSN 2. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046495?src=similardocs>. Acesso em: 08 ago. 2021.

LATORRE, Gustavo Sutter; JARDIM, Rua Silva; CENTRO–FLORIANÓPOLIS, S. C. **Fisioterapia no vaginismo–estudo de caso**. 2020. Disponível em:

<https://perineo.net/pub/schafascheck2020.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

LIMA, C.A.C. Estudo Investigativo de Casos de Incontinência Urinária de Esforço em Mulheres Participantes da Ação Social do Curso de Fisioterapia da UCB na

Comunidade de Vila Moreti. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**. Vol. 10, Nº 10, Págs. 01 – 08, 2010. Disponível em: https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/47_-_A_importYncia_da_reeducaYYo_postural_em_mulheres_no_puerpYrio.pdf .

Acesso 20 out.2021

LIMA, R.G.R.; SILVA, S.L.D.S.; FREIRE, A.D.B.; BARBOSA, L.M.A. **Tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais dolorosos femininos: revisão narrativa**. Faculdade Estácio, v.1, n.1, p.2-10, Recife, 2016. Disponível em:

<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/81>. Acesso em: 12 ago. 2021.

LOPES, Gerson P. et al. Disfunções Sexuais Femininas. **International Braz J Urol**, 2003; v. 24: 29-34. Disponível em:

<https://leto.pucsp.br/bitstream/handle/15823/1/Melina%20Serra.pdf>. Acesso 04 out. 2021.

LUZ, António Almeida da. **A fisioterapia na disfunção sexual feminina**. 2009. 115 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Atlântica, Escola Superior de Sapude Atlântica. Disponível em:

- <https://repositoriocientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/314/3/A%20Fisioterapia%20na%20Disfunção%20Sexual%20Feminina.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- MANTLE, J.; POLDEN, M. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo (SP): Editora Santos, 2002. Disponível em: <https://repositoriocientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/314/3/A%20Fisioterapia%20na%20Disfunção%20Sexual%20Feminina.pdf>. Acesso 14 nov. 2021.
- MARIJKE, C. et al. Vaginal noise: prevalence, bother and risk factors in a general female population aged 45-85 years. **Int J Gynecol Obstet**, 2009; 20:905-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2706384/>. Acesso em: 04 set. 2021.
- MATHEUS, L. M. 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://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>. Acesso: 17 nov. 2021.
- MAUAD FILHO, Francisco et al. Ultrasonographic evaluation of uterine volume variations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 23, n. 3, p. 175-179, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/3nFXpRYn7hFxZgXmjb8Fd3S/?format=html&lang=pt>. Acesso 10 de outubro de 2021.
- MEDEIROS, M. W., BRAZ, M. M., BRONGHOLI K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. **Rev. Fisioterapia Brasil** 2004; 5:188-93. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489/6023>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- MOLINA, Mónica; ROJAS, Eduardo; ESCOBAR, David. Dolor pélvico crónico: un desafío interesante. **Fronteras en Obstetrícia y Ginecología**, v. 2, p. 32-9, 2002. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7160519>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- MONTEIRO, Marilene Vale de Castro et al. Vulvodínia: diagnóstico e tratamento. **Femina**, p. 71-75, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n2/a4930.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- MOREIRA J. E. D. et al. Prevalência de problemas sexuais e relacionados com os comportamentos de busca entre adultos maduros no Brasil: dados do estudo global de atitudes e comportamentos sexuais. São Paulo. **Med J**. n. 123, v..5, p. 234-41, 2005. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2886>. Acesso em: 02 nov. 2021.
- MOREIRA, E.C.H.; ARRUDA, P. B. de. Força Muscular do Assoalho Pélvico Entre Mulheres Continentes Jovens e Climatéricas. **Ciências Biológicas da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 53-61 jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/6605>. Acesso em: 17 out. 2021.
- MOREIRA, R. L. B. D. Vaginismo. **Rev. Med.**, v.23, n.3, p.336-342, Minas Gerais, 2013. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/58. Acesso em: 15 ago. 2021.
- MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2009. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18411/1/AvaliacaoForcaMusculos.pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

- MORENO, A. L., SANTOS, P. F. D., *Cones Vaginais*. In: MORENO, A. L., Fisioterapia em Uroginecologia. São Paulo: Manole, 2004. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd117/fortalecimento-muscular-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>. Acesso em 14 out.2021
- MORKVED, S.; BO, K.; FJORTOFT, T. Effect of Adding Biofeedback to Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urodynamic Stress Incontinence. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, n. 4, v. 100, 730-39, 2002. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd117/fortalecimento-muscular-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>. Acesso em: 07 out 2021.
- MUNARRIZ, R; KIM, N. N.; GOLDSTEIN, I.; TRAISH, A. M. Biologia da função sexual feminina. *UrolClin North Am.* n. 29, p. 685-93; 2002. Disponível em : <http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/126/106>. Acesso 14 set. 2021
- PALMA, Paulo César Rodrigues; BERGHMANS, Bary; SELEME, Maura Regina. **Urofisioterapia**: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. In: *Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. 2014. p. 574-574. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-10606>. Acesso em: 26 ago. 2021.
- PEIXOTO, Gabrieli Souza et al. Recursos Fisioterapêuticos Utilizados no Tratamento do Vaginismo. In: **X Mostra Integrada de Iniciação Científica**. 2020. Disponível em: <http://sys2.facos.edu.br/ocs/index.php/mostracientifica/XMIIC/paper/viewPaper/838>. Acesso em: 28 out. 2021.
- PINHEIRO, M.A.O. O casal com vaginismo: um olhar da Gestalt-terapia. **Rev IGT Rede**, n. 6, v. 10, 99-143, 2009. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/IGTnarede/2009/vol6/no10/7.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.
- POTRICK, Benhur Antonio. **Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliação clínica, urodinâmica e ultra-sonográfica**. 2002. 646 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/hdyQ7BXyrmFbDHRKCGdSNYS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.
- REIS, Sandra Cristina Romano Marques Reis. **Fatores preditivos para o risco de disfunção sexual em mulheres climatéricas: estudo de base populacional**. 2019. 109 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em fisioterapia, 2019. Disponível em: <http://clyde.dr.ufu.br/bitstream/123456789/26916/1/FatoresPreditivosRisco.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.
- REISSING, E. D. et al. Pelvic floor muscle function in women with vulvar vestibulitis syndrome. **J Psychosom Obstet Gynecol**. 2005; 26:107-13. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/218>. Acesso em: 11 out. 2021.
- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 952p. Disponível em: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/73/62>. Acesso 18 set.2021
- Rojtenberg C. Anorgasmia. 2004 Disponível em: <http://www.sexologia.com.br/>
- ROSENBAUM, T. Tratamento Fisioterapêutico de Distúrbios Sexuais. **J Sex MaritalTher**. n. 31 v. 4, p. 329-30; 2005. Disponível em:

<http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/126/106> Acesso em: 28 ago. 2021.

SANCHES, Paulo Roberto Stefani et al. Correlação do escore de Oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (2010), p. 125-130**, 2010. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/158337>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SANTIN, Maíra Rollemberg; GADELHA, Marcela Siqueira. **Fisioterapia e psicologia: interdisciplinaridade no tratamento do vaginismo: um estudo de caso**. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso. 2008. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2008. Disponível em:

<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/4447/3/TCC%20PDF.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SCHAFASCHECK, Edilete et al. Fisioterapia no vaginismo: estudo de caso. **Revista Inspirar movimento & saúde**, v. 20, n. 2, 2020. Disponível em:

<https://perineo.net/pub/schafascheck2020.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SELEME, M. Diálogo profissional sobre uroginecologia. **Fisio & Terapia**, v. 33, p. 20-3, 2002. Disponível em:

<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489/6023>. Acesso em: 26 ago. 2021.

SEO, Ju Tae et al. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. **Urology**, v. 66, n. 1, p. 77-81, 2005. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S009042950500097X>. Acesso em: 27 set. 2021.

SERRA, Melina et al. **Qualidade de vida e disfunção sexual: vaginismo**. São Paulo, 2009. Disponível:

<https://leto.pucsp.br/bitstream/handle/15823/1/Melina%20Serra.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

SILVA, A. T. C. D. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento de incontinência urinária no pós-parto vaginal: revisão narrativa da literatura.

Faculdade Escritor Osman da Costa Lins, Vitória de Santo Antão-PE, 2017.

Disponível em:

<https://brutus.unifacol.edu.br/assets/uploads/base/publicados/bdd806162114aa0c053c2dc88a8bfa5f.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SILVA, Ana Paula Souza da; SILVA, Jaqueline Souza da. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, n. 3, p. 205-211, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rb/a/zKVXdBJXHLBDNqYK3qnNrVC/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 24 ago. 2021.

SILVA, Andréa Marcella Nascimento; OLIVA, Leandra Monteiro de Paiva. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. **Sci med**, v. 10, p. 120-125, 2011. Disponível em: 8982-Article Text-37281-1-10-20111213.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

SILVA, D.J.R.D.; ABREU, A.H.D. Recursos fisioterapêuticos para as disfunções sexuais femininas: uma revisão literária. **Revista Hórus**, v.9, n.1, p.53-66, 2014.

Disponível em:

https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/Káryhta%20Mariane%20S_%20de%20Castro.pdf. Acesso 08.out 2021

SOUZA, L.C.D. et al. Physiotherapy in women's sexual dysfunction: systematic review. **Rev Ciên Saúde**, v.5, n.2, p.36-44, 2020. Disponível em:

<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/14061>. Acesso em: 10. Set. 2021.

SPECTOR, Ilana P.; CAREY, Michael P. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. **Archives of sexual behavior**, v. 19, n. 4, p. 389-408, 1990. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/BF01541933>. Acesso em: 25 ago. 2021.

Thiel R, Tiel M, Palma, P. Urologia Feminina e Medicina Sexual: O que os médicos precisam saber. **Prática Hospitalar**, 2008; 10:56:37-9. Disponível em:

http://assoalhopel.dominiotemporario.com/doc/Urologia_Feminina_e_Medicina_Sexual.pdf. Acesso em: 25 de set. 2021.

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

Disponível em:

<http://brutus.facol.com/plataforma/assets/uploads/base/publicados/519135a9ddbefcbf81d67c600f84103c.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

TORTORA, G. J.; GRABOWSKI, S. R. Princípios de Anatomia e Fisiologia.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 14.ed.

Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2014.1216 p. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/51509/751375149120>. Acesso em: 10 out. 2021.

TORTORA, G. J.; NIELSEN, M. T. **Princípios de Anatomia Humana**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 1110 p. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/51509/751375149120>. Acesso em: 08 set. 2021.

TOZO, I.M. et al. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Ciência Med**, v.52, n.3, p.94-99, 2007. Disponível em:

<https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/44>. Acesso em: 28 ago. 2021.

UMANN, L.A.; VIEIRA, L. Avaliação da disfunção sexual feminina em mulheres jovens. **Faculdade Assis Gurgacz**, Paraná, 2010. Disponível em:

<http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/187>. Acesso em: 11 out. 2021.

WALTERS, Mark D.; KARRAM, Mickey M. **Uroginecologia e Cirurgia Reconstructiva Pélvica**. Elsevier Brasil, 2016. Disponível em:

encurtador.com.br/oyORS. Acesso em: 03 set. 2021.

WOLPE, R.E. et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Acta Fisiatr**, v.22, n.2, p.87- 92, 2015. Disponível em:

https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/Káryhta%20Mariane%20S_%20de%20Castro.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

ANEXO A – RELATÓRIO DE PLÁGIO



Biblioteca
Júlio Bordignon

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Isabelle David Lôbo

CURSO: Fisioterapia

DATA DE ANÁLISE: 03.11.2021

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **5,62%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet ⚠

Suspeitas confirmadas: **1,44%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados ⚠

Texto analisado: **94,05%**

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, 3 de novembro de 2021 17:22

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **ISABELLE DAVID LÔBO**, n. de matrícula **26967**, do curso de Fisioterapia, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com percentagem conferida em 5,62%, devendo a aluna fazer as correções necessárias.

(assinado eletronicamente)

HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO

Bibliotecária CRB 1114/11

Biblioteca Júlio Bordignon

Faculdade de Educação e Meio Ambiente

