



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

GRAZIELA MATHEUS PEREIRA

**ANORGASMIA FEMININA DECORRENTE DA FRAQUEZA DA MUSCULATURA
DO ASSOALHO PÉLVICO: RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS**

**ARIQUEMES - RO
2022**

GRAZIELA MATHEUS PEREIRA

**ANORGASMIA FEMININA DECORRENTE DA FRAQUEZA DA MUSCULATURA
DO ASSOALHO PÉLVICO: RECURSO FISIOTERAPÊUTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Fisioterapia do
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA
como pré-requisito para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia

Orientadora: Prof.^a Ma. Clediane Molina de
Sales

**ARIQUEMES - RO
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P436a Pereira, Graziela Matheus.

Anorgasmia feminina decorrente da fraqueza da musculatura do assoalho pélvico: recursos fisioterapêuticos. / Graziela Matheus Pereira. Ariquemes, RO: Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, 2022.
57 f. ; il.

Orientador: Prof. Ms. Clediane Molina Sales.

Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Fisioterapia – Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2022.

1. Anorgasmia feminina. 2. Tratamento fisioterapêutico. 3. Disfunção sexual. 4. Fisioterapia pélvica. 5. Saúde da Mulher. I. Título. II. Sales, Clediane Molina.

CDD 615.82

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

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ma. Clediane Molina de Sales
Centro Universitário Faema - UNIFAEMA

Prof.^a Ma. Jéssica Castro dos Santos
Centro Universitário Faema - UNIFAEMA

Prof.^a Ma. Patricia Carolina Santana
Centro Universitário Faema - UNIFAEMA

**ARIQUEMES – RO
2022**

Dedico esse trabalho a Deus que me sustentou até aqui, e aos meus pais, Wilson e Madalena, sem vocês nada disso seria possível, obrigada por toda dedicação e esforço para que eu pudesse ter essa oportunidade.

AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo a Deus que me deu o dom da vida e me abençoa todos os dias com seu amor infinito, pela oportunidade de estar vivendo esse sonho sem Ele nada disso seria possível.

Ao meu pai Wilson Matheus Laranja, por todo incentivo e por nunca medir esforços para que eu tivesse o melhor ensino, uma vida confortável e por não deixar faltar nada, nunca se absteve de nada que eu pedisse e precisasse, obrigada pai por todo amor dedicado a mim.

A minha mãe Maria Madalena Pereira, por toda força e amor dedicados a mim, por toda preocupação e oração destinada a mim, a cada ligação que me fazia quando eu dizia que queria desistir de tudo e que não me sentia capaz, o seu amor me salvou.

A minhas irmãs Pamela e Gabriela por todo amor dedicado a mim, por me incentivar e apoiar nas minhas decisões e por ser meu alicerce, para sempre nós.

A minha amiga irmã Camila, por todo cuidado e amor comigo nesses cinco anos de faculdade, por me incentivar, acreditar em mim e não ter deixado eu desistir nos momentos de fraqueza.

Ao grupo de estágio A, vocês fizeram essa caminhada ser mais leve e feliz, obrigada a cada um de vocês por ter dividido esse período da vida comigo, quantas risadas, choros e conhecimento foram compartilhados durante esse tempo.

Aos pacientes que durante essa jornada eu atendi, cada um me trouxe um aprendizado como profissional e pessoa.

As minhas professoras Jéssica Castro e Patricia Caroline por todo conhecimento compartilhado.

E por fim e não menos importante a minha querida orientadora Clediane, obrigada por toda paciência, ensino, por me ajudar nos pequenos detalhes, por me responder em plena madrugada me ajudando com as minhas dúvidas e por sempre ter acreditado em mim, saiba que eu tenho uma grande admiração pela senhora.

Nada é tão nosso quanto os nossos sonhos.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A anorgasmia pode ser definida como ausência ou atraso do orgasmo de forma esporádica ou constante. A mulher com disfunção orgástica passa por todas as fases do ciclo, mas não atinge o clímax da relação, o orgasmo. O objetivo desse estudo é descrever os principais recursos fisioterapêuticos disponíveis no tratamento da anorgasmia feminina. Trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, realizada através das bases de dados: Pubmed, Scielo, Google acadêmico, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), integra pesquisas publicadas no período de 2000 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol. A fisioterapia no tratamento da anorgasmia, é um recurso de baixo custo não-invasivo, consiste na melhora da consciência corporal, da contração voluntária e no fortalecimento desses músculos, os principais recursos fisioterapêuticos abordados foram: Treinamento da musculatura do assoalho pélvico, cinesioterapia, exercícios de Kegel, biofeedback, cones vaginais, e o método Pilates.

Palavras-chave: Anorgasmia Feminina. Tratamento Fisioterapêutico. Disfunção Sexual.

ABSTRACT

Anorgasmia can be defined as sporadic or constant absence or delay of orgasm. The woman with orgasmic dysfunction goes through all the phases of the cycle, but does not reach the climax of the relationship, the orgasm. The objective of this study is to describe the main physiotherapeutic resources available in the treatment of female anorgasmia. This is a bibliographical, narrative review, carried out through the databases: Pubmed, Scielo, Google academic, Lilacs, Virtual Health Library (BVS), integrates research published in the period from 2000 to 2022, in Portuguese, English and Spanish. Physical therapy in the treatment of anorgasmia is a non-invasive low-cost resource, consisting of improving body awareness, voluntary contraction and strengthening these muscles, the main physical therapy resources addressed were: Training of the pelvic floor muscles, kinesiotherapy, exercises Kegel exercises, biofeedback, vaginal cones, and the Pilates method.

Keywords: Female Anorgasmia. Physiotherapeutic treatment. Sexual Dysfunction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Estrutura anatômica do órgão reprodutor feminino externo.....	16
FIGURA 2 - Representação óssea da pelve feminina.....	18
FIGURA 3 - Músculos do Assolho Pélvico Feminino	19
FIGURA 4 - Modelo da Resposta Sexual de Master e Johnson, adaptado por Kaplan.....	23

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Escala Modificada de Oxford	33
QUADRO 2 – Valores da Perineometria	33
QUADRO 3 – Classificação da Força através dos cones vaginais.	34
QUADRO 4 – Tratamentos fisioterapêuticos na prática.....	36

LISTA DE SIGLAS

DSF	Disfunção Sexual Feminina
FSFI	Female Sexual Function Index
MAP	Musculatura/Musculo do Assoalho Pélvico
OMS	Organização Mundial da Saúde
TDSH	Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Geral.....	16
1.2.2 Específicos	16
1.2.3 Hipótese.....	16
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO	18
3.2 SEXUALIDADE FEMININA	22
3.2.1 RESPOSTA SEXUAL FEMININA	23
3.3 ORGASMO FEMININO.....	25
3.4 DISFUNÇÃO SEXUAL	27
3.5 ANORGASMIA FEMININA.....	29
3.6 AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA	32
3.7 TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXO A - Female Sexual Function Index(FSFI).....	49
ANEXO B - Quociente Sexual Feminina(QS-F).....	55

1 INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é considerada um distúrbio provisório ou permanente que tem por característica uma insatisfação sexual ocasionando em um bloqueio total ou parcial da resposta psicofisiológica que atinge uma das fases do ciclo sexual da mulher podendo ser ela, desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução, causando assim um impacto negativo na qualidade de vida (SOUSA *et al.*, 2020).

Sendo assim, a saúde sexual feminina pode ser definida como a capacidade que a mulher tem de desfrutar sua sexualidade, de forma livre, com informações a respeito de doenças sexualmente transmissíveis, violências e discriminação, sentindo-se segura com a sua sexualidade de forma que a torne agradável e positiva (SILVA *et al.*, 2021).

Os fatores que podem influenciar a disfunção sexual, são causas psicológicas, biológicas, hormonais, etnias, religião, idade e o estado civil em que a mulher se encontra gerando assim angústias pessoais, frustrando o relacionamento consigo mesma e com o parceiro interferindo de forma negativa a qualidade de vida (VIRGENS *et al.*, 2016).

Dentre as DSF mais frequente estão o vaginismo, dispareunia, as disfunções do desejo, de excitação e do orgasmo, como é o caso da anorgasmia que pode ser definida como a ausência ou a dificuldade de atingir o orgasmo. Esta pode ser classificada como primária quando a mulher nunca atingiu o orgasmo ou secundária onde já experimentou o orgasmo, mas por alguma razão não consegue mais atingi-lo (SARTORI *et al.*, 2018).

Existem muitos fatores que podem influenciar a anorgasmia, como uma educação sexual religiosa repressora onde a mulher foi ensinada que o sexo e a masturbação é considerada um pecado, quando não houve na família uma educação sexual ou o assunto era visto como tabu levando a mulher a não conhecer o próprio corpo e dificultando ainda mais esse processo, outros fatores que podem influenciar são a idade, drogas, experiências vividas na infância e a qualidade do relacionamento, tudo isso pode dificultar e até mesmo inibir o orgasmo na hora do coito. Podendo também haver a ligação desta disfunção com a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico (SOUSA *et al.*, 2020).

Em relação a fisioterapia, ela possui um papel de grande destaque na equipe multidisciplinar quando se refere a avaliação e o tratamento relacionado a saúde da

mulher e suas disfunções sexuais como a anorgasmia, o fisioterapeuta é responsável pela avaliação, diagnóstico cinético funcional, educação e tratamento, oferecendo informações importantes sobre a anatomia da região íntima das pacientes (SOUZA *et al.*, 2022).

O diagnóstico cinético funcional que é realizada pelo fisioterapeuta por meio de uma anamnese detalhada identificando suas queixas principais, podendo ser aplicado dois questionários específicos, auto aplicativo e multidimensional o FSFI (Female Sexual Function Index) e QS-F (Quociente Sexual Feminina) para avaliar a resposta sexual feminina, esses testes tem como objetivo identificar sua satisfação sexual, como desejo, orgasmo, lubrificação vaginal, dor e satisfação, a palpação digital e a perioneometria são técnicas usadas para avaliação da força do músculos do períneo (SOUSA *et al.*, 2020).

1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se com base no atual cenário da mulher na sociedade, tendo um aumento nas práticas sexuais e uma maior procura por atendimento médico por problemas sexuais, trazendo em contexto a falta de informações sobre as disfunções sexuais, e seus respectivos tratamentos, em especial a anorgasmia feminina que se apresenta na maior parte destas disfunções, sendo relevante para que fisioterapeutas saibam identificar os principais recursos fisioterapêuticos disponíveis para um tratamento conservador na anorgasmia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Descrever os principais recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento da anorgasmia feminina decorrente da fraqueza do assoalho pélvico.

1.2.2 Específicos

- Descrever a anatomia do assoalho pélvico.
- Contextualizar a sexualidade feminina e as principais disfunções.
- Discorrer sobre a anorgasmia.
- Investigar os impactos da fraqueza do assoalho pélvico para o desenvolvimento da anorgasmia.
- Evidenciar o tratamento fisioterapêutico.

1.2.3 Hipótese

A fraqueza muscular do assoalho pélvico tem relação com a anorgasmia feminina.

Recursos fisioterapêuticos podem diminuir e tratar o transtorno orgástico.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Refere-se a uma revisão de literatura narrativa realizada através das bases de dados eletrônicas, Pubmed, Scielo, Google acadêmico, Lilacs, livros, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Este estudo integra pesquisas publicadas no período de 2000 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol através dos descritores: “Anorgasmia Feminina” “Tratamento Fisioterapêutico” “Disfunção Sexual” e inglês “Sexual Function” “AND “Physiotherapy”.

Foram selecionados estudos disponíveis na íntegra de forma gratuita a triagem consistiu em três etapas, a saber, leitura dos títulos; leitura dos resumos; e leitura na íntegra dos trabalhos que abordassem o tema e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Inclusão: foram trabalhos que tinha a fisioterapia como forma de tratamento na anorgasmia feminina.

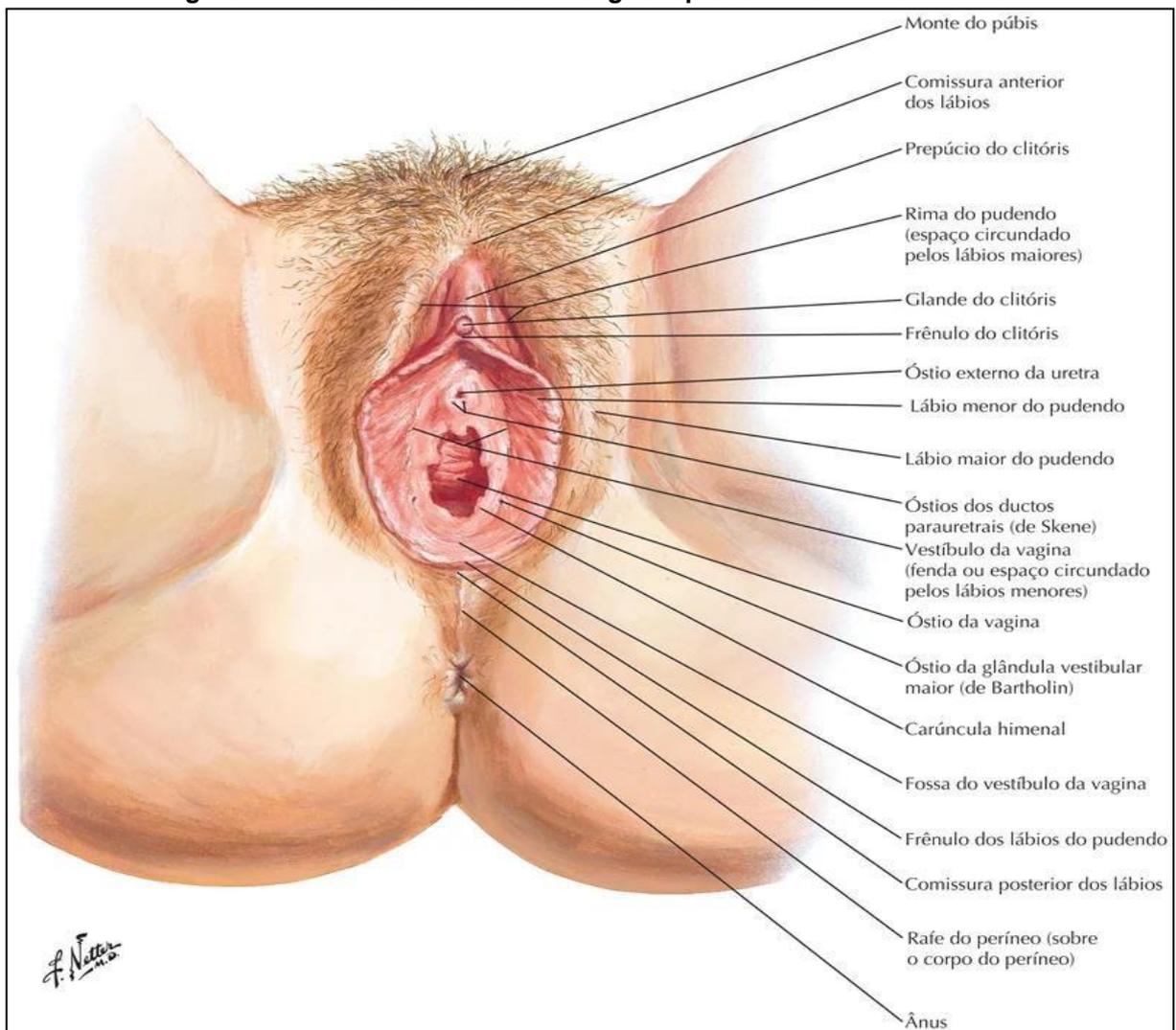
Como critérios excludentes foram descartados estudos pagos, estudos que não possuíam relação com a temática ou que possuíam no estudo mulheres grávidas ou no pós-parto, e que apresentassem patologia associada com fundo psíquico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO

O aparelho genital feminino humano, é categorizado em órgãos intrínsecos e extrínsecos, sendo assim os órgãos formam a parte interna constituídos de ovários, tubas uterinas (trompas e falópio), útero e vagina. A parte externa é constituída pela vulva ou pudendo contendo o monte púbico, grandes lábios e pequenos lábios, vestíbulo e órgãos erétil que são responsáveis pelas sensações sexuais como o clítoris e os bulbos vestibulares (Figura 1) (BERNARDES, 2011).

Figura 1 – Estrutura anatômica do órgão reprodutor feminino externo



Fonte: NETTER, 2019.

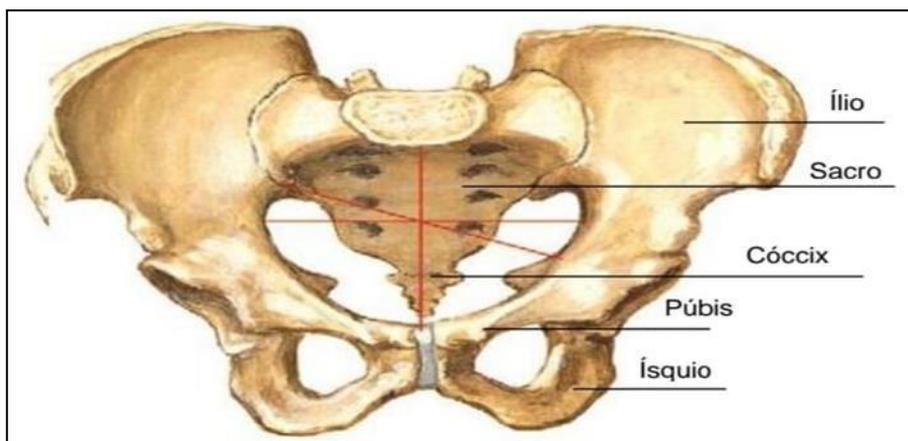
Toda a parte visível é descrita como órgãos reprodutores femininos externos, sendo visível do púbis até o períneo incluindo lábios menores e maiores, as glândulas vestibulares, hímen e o clítoris (LUZ, 2009).

O púbis ou monte púbico é o ressalto que tem forma arredondada, formada por tecido adiposo localizado em cima da sínfise púbica, é coberto por pelos em forma de um triângulo invertido com função de proteção da região genital anterior e limitar o movimento da uretra (BERNARDES, 2011; ZORZI, 2021).

Nos pequenos lábios existem os vestíbulos que se abrem a vagina, as glândulas vestibulares maiores que produzem muco durante a excitação sexual. Nos grandes lábios existem os bulbos do vestíbulo e as massas de tecido erétil, que irão se encher durante a relação sexual (SANTOS, 2021).

O clítoris é um órgão erétil que tem função a sensação do prazer, tem forma arredonda e pequena (dois a três centímetros de comprimentos), tem um papel importante na resposta sexual e ao prazer feminino, está localizado na porção apical do vestíbulo anteriormente à vagina, e é ricamente inervado por terminações nervosas e extremamente sensível à estimulação táctil (LUZ, 2009; LEVIN, 2020).

Todas estas estruturas são protegidas pela pelve a qual tem função de sustentação e proteção dos órgãos reprodutores. É constituída por ossos, ligamentos e os músculos do assoalho pélvico. A estrutura óssea da pelve é formada por quatro ossos, a saber, dois ossos do quadril anterior e lateralmente, e posteriormente pelo sacro e cóccix, essas estruturas se unem na sínfise púbica e na articulação sacrilíaca, os ossos ílio, ísquio e púbis se integram para formar o acetábulo. A pelve feminina possui uma base maior e a outra menor, na parte maior está localizada as vísceras abdominais, a porção menor é fechada pelo pavimento pélvico onde se localiza a bexiga, vagina e o reto (Figura 2) (STHEPHENSON *et al.*, 2004).

Figura 2 – Representação óssea da pelve feminina

Fonte: Silva, 2012.

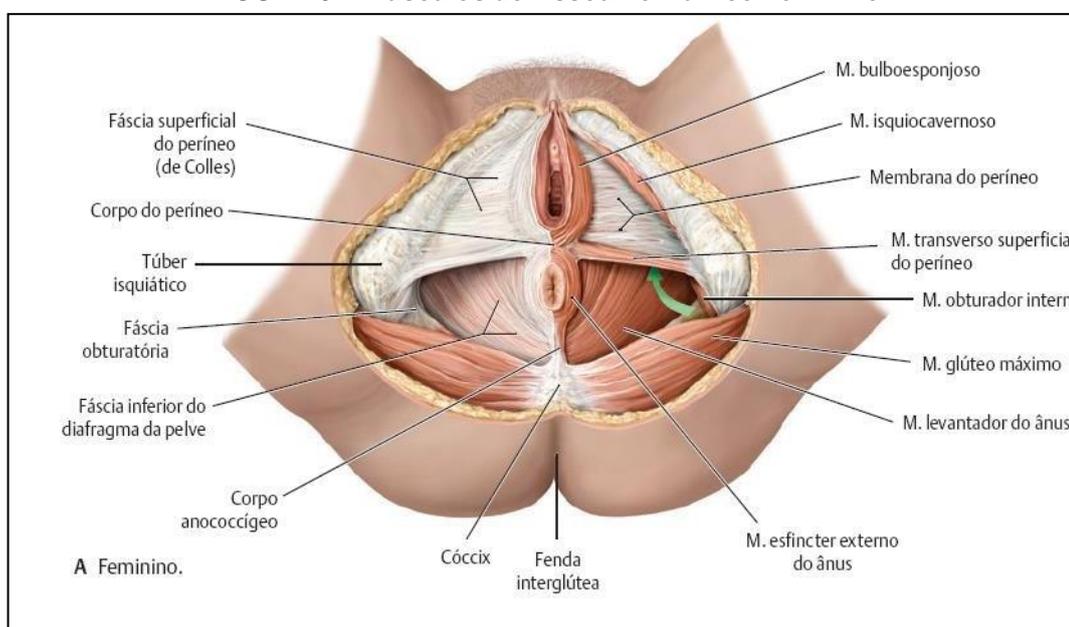
A cavidade pélvica tem uma organização estrutural dos órgãos internos delineada pela ação coexistente da fáscia, dos músculos e ligamentos sendo assim a importância da integridade para o funcionamento adequado dos órgãos (SILVA, 2012).

O assoalho pélvico é a junção de vários músculos, fáscias e ligamentos que se localiza na região pélvica da mulher, a musculatura do assoalho pélvico (MAP) constituem uma rede de apoio elástico para a região pélvica e abdominal correspondendo ao assoalho pélvico. Inclui o peritônio, os músculos superficiais (Bulboesponjoso, isquiocavernoso, transversos perineais superficiais) e os músculos mais profundos (levantadores do ânus e coccígeos) que tem por função a sustentação dos órgãos que estão localizados naquela região evitando a queda conhecido como prolapsos (SILVA, 2003).

A musculatura da pelve feminina é dividida em quatro partes, a primeira denominada diafragma pélvico que estão inseridos os músculos levantadores do ânus e coccígeo. O músculo coccígeo se origina na espinha isquiática e se insere no cóccix lateral, já o músculo levantador do ânus é subdividido em três partes, uma parte (pubovaginal) se mescla com a vagina, seguido do puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo que fazem parte da outra porção do levantador do ânus. A segunda parte conhecida como diafragma urogenital composta pelos músculos transverso profundo do períneo, ele forma uma segunda camada muscular a primeira parte que acrescenta suporte ao local onde cruza os orifícios da uretra e vagina (STHEPHENSON *et al.*, 2004).

O músculo perianal transverso profundo inicia-se no ramo isquiático segue para medial e logo após para vagina. A terceira divisão com a mesma nomenclatura triângulo urogenital é a porção anterior do períneo que se subdivide em duas partes superficial e profunda. A porção superficial é uma formada por uma camada membranosa de fáscia e músculos, e a porção profunda onde se localiza a uretra e o interior da vagina. A genitália externa que inclui o monte do púbis, lábios maiores, lábios menores, clitóris, bulbo vestibular, os músculos bulbo cavernosos entre outros. A última porção é o triângulo anal (STEPHENSON *et al.*, 2004).

FIGURA 3 – Músculos do Assoalho Pélvico Feminino



Fonte: Anne M. Gilroy 2017.

Diversas mulheres não sabem da existência desses músculos e muito menos onde se localizam o que contribui para o surgimento das disfunções sexuais femininas, sendo necessário que haja uma conscientização dessa musculatura, com informações a respeito sobre a contração correta e a fisiologia. O funcionamento ou não dos músculos da região pélvica influencia a função sexual, a tensão desses músculos está relacionada com o surgimento da dispareunia, vulvodínia e dificuldade para atingir o orgasmo, a hipotonia e fraqueza muscular contribuem para a incapacidade orgástica, a redução da musculatura perivaginal pode interferir na experiência orgástica (HADDAD *et al.*, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2012).

3.2 SEXUALIDADE FEMININA

A identidade sexual é uma das questões mais importantes e complexas do ser humano, ela excede muito mais do que questões ligadas ao fisiológico, ela compreende a forma que a pessoa expressa seus sentimentos, e recebe afeto, da atração física e afetiva que sentimos por outras pessoas, com quem temos relações sexuais. Ultrapassando o limite que a sociedade define ou pensa sobre a sexualidade que é estar ligada somente ao desejo sexual, da fantasia, da anatomia e fisiologia (ETIENNE *et al.*, 2006).

Devemos trazer a memória que o conceito mais amplo da sexualidade foi dado por Sigmund Freud com sexualidade ligada além dos aspectos citados acima, está interligado com a região genital e suas funções orgânicas. E que as atividades sexuais mudam conforme a cultura que a pessoa está inserida, a criação da família, a escola em que estuda, o círculo de amizade, ou seja, a evolução sexual é a soma dos fatores sociais, genéticos, hormonais, neurológicos e psicológicos (ETIENNE *et al.*, 2008).

A sexualidade faz parte do bem-estar, está ligada diretamente com a saúde e qualidade de vida, ela é um aspecto central do ser humano, sendo construída desde o nascimento, com histórias vividas, pensamentos, crenças, valores, desejos, comportamentos e relacionamentos, sendo influenciada por razões sociais, econômicas, culturais, biológicas, legais, históricos e religiosos, sendo assim quando a mulher se permite e consegue desfrutar dessa sexualidade, ela irá obter as resposta sexuais femininas, sendo dividida de forma cronológica, sendo elas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (BATISTA *et al.*, 2021).

A importância da sexualidade para a mulher, está associada a satisfação pessoal, o autoconhecimento e o aumento da sua autoestima, e da sua autonomia e a descoberta dos desejos pessoais sem a vergonha de senti-los e expressá-los a si mesma e aos seus parceiros com aumento de intimidade, prazer e satisfação sexual pessoal e conjuntos, por ser também uma questão de saúde a sua prática está ligada com a qualidade de vida e bem-estar (GOZZO *et al.*, 2000).

Ao longo dos séculos as mulheres eram tidas como donas dos lares, não tinham vozes dentro de casa e muito menos na sociedade em que eram inseridas, impossibilitadas de terem sua sexualidade livre eram tidas apenas como reprodutoras e assim acataram como a única função do sexo, sem associá-lo ao prazer próprio entretanto com as lutas pós idade moderna em 1789 por direitos sociais, políticos,

liberdade e fraternidade, essa realidade foi mudando e atualmente a sexualidade feminina ganhou mais espaço na sociedade apesar de ainda ser um assunto rodeado de mitos e tabus (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Contudo ainda existe uma influência por parte da igreja, família e sociedade na relação da mulher com o sexo, onde impõe na mulher padrões que elas devem seguir a impossibilitando de desfrutar totalmente da liberdade sexual, e esses padrões refletem na história da sexualidade feminina. Com o intuito de silenciar a liberdade sexual feminina foram disseminados mitos em relação a esse assunto, sendo assim, o casal que quisesse ter o prazer sexual sem a intenção de ter filhos era acusados pela igreja e sociedade em que vivia (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MACHADO *et al.*, 2021).

Após meados do século XX aconteceram mudanças significativas na sociedade, uma delas foi acesso ao anticoncepcional abrindo porta para uma atividade sexual com menor risco de gravidez, contribuindo assim com a liberdade sexual e o culto ao corpo. Trazendo assim um aumento nas relações sexuais sem proteção, contudo a preocupação do aumento das doenças sexualmente transmissíveis e o crescimento das disfunções sexuais que podem ser caracterizadas por um atraso ou falha em uma das fases do ciclo da resposta sexual (ETIENNE *et al.*, 2008).

3.2.1 RESPOSTA SEXUAL FEMININA

A resposta sexual feminina é composta por interações complexa de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos como hormonais, vasculares, neurológicos, musculares e endócrino. E desencadeado por reações fisiológicas e anatômicas, em cada fase do ciclo sexual. Inicialmente essa resposta começa no desejo, passando em seguida para a excitação, orgasmo e resolução (CASTRO, 2020).

A ordem da resposta sexual era descrita por Master e Johnson em 1966 somente com quatro fases, a saber, excitação fase inicial, fase de platô que é uma

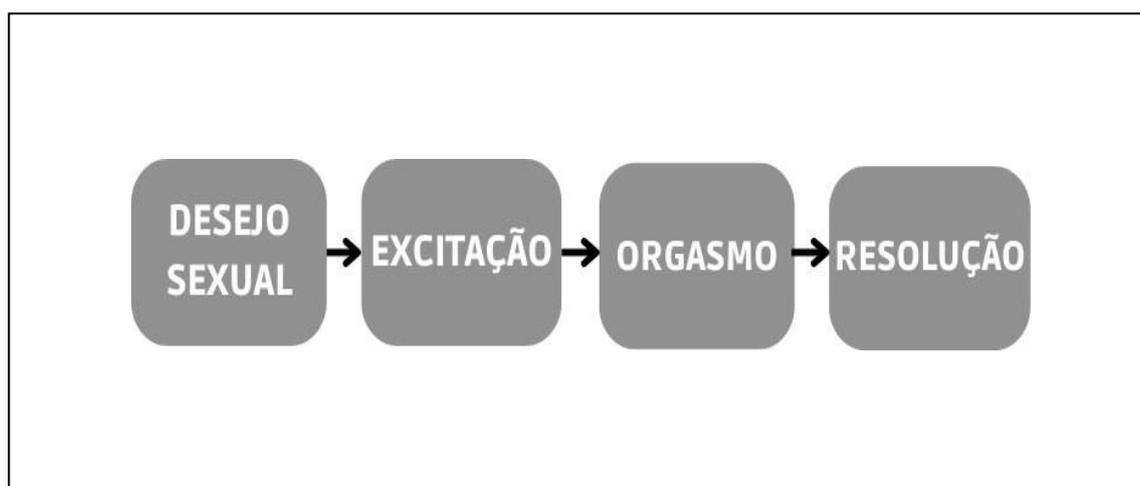
excitação prolongada, logo após o orgasmo e pôr fim a resolução. Em 1977 uma pesquisadora chamada Kaplan descreveu a fase de desejo que corresponde a primeira fase da resposta sexual, o desejo é a soma de dois elementos distintos: o anátomo-fisiológico e o subjetivo. O primeiro fundamenta a produção da libido sexual através da atuação de um sistema neural específico no cérebro. Por outro lado, o subjetivo tem um sentido mais complexo e envolve sensações que levam a pessoa ao estímulo de retribuição sexual, a partir de alguns estímulos sensoriais como audição, visão e olfato, bem como memórias de vivências eróticas e fantasias sexuais (HENTSCHEL *et al.*, 2020).

A segunda fase, é denominada excitação que é a resposta para o desejo, essa por vez pode durar minutos ou horas, é uma estimulação que envolve tanto a parte psicológica quanto a fisiológica, nela acontece a lubrificação vaginal tornando a penetração mais fácil e prazeroso essa fase também se destaca por outros dois fatores, a vasocongestão da vagina e da vulva e mio-tonia (tensão muscular), há uma contração dos músculos perineais (MARQUES *et al.*, 2012).

Após ocorre a terceira fase da resposta sexual, o orgasmo, êxtase ou ápice de prazer de toda tensão sentida nas fases anteriores levando a um grande relaxamento. Durante o ápice a musculatura perineal que envolvem a região da vagina se contraem de forma rítmica havendo também aumento da frequência cardíaca e respiratória, a temperatura da pele se eleva, o orgasmo dura em torno de 0,5 segundos a 15 segundos (DE SOUZA, 2005).

A fase após o orgasmo, é chamada de resolução onde a mulher está totalmente relaxada em um bem-estar elevado pode durar minutos ou horas, no caso da mulher ela pode reiniciar a atividade sexual novamente se quiser, diferente dos homens que tem que esperar por um tempo até conseguir reiniciar (Figura 4) (ANTONIOLI *et al.*, 2010).

Figura 4: Modelo da Resposta Sexual de Master e Johnson, adaptado por Kaplan



Fonte: Silva, 2019.

Por fim todo sistema sensório do corpo humano são vias que tem potenciais de resposta sexual, os sistemas visual, tátil, gustatório, olfatório e somatossensorial estão envolvidos no desenvolver da resposta a estímulo sexual, decorrendo assim que atualmente o modelo da resposta sexual adaptado por Kaplan é o que mais elucida a resposta sexual (SILVA, 2019).

3.3 ORGASMO FEMININO

Segundo Aguiar Jr. (2011), o orgasmo feminino pode ser descrito como a conclusão do ciclo das respostas sexuais, podendo ser classificado em: clitoriano, vaginal, abdominal, contínuo e múltiplo. A sensação de contrações rítmicas, intensas e lentas são sentidas na região vaginal, tem duração de cerca de 0,8 s cada, essa sensação vai aumentando sua intensidade a cada instante, até que se atinja o orgasmo seguida da sensação de relaxamento. Cada mulher tem à sua maneira de sentir e ter o orgasmo, algumas só conseguem ter através da estimulação do clitóris, outras com penetração, preliminares e ainda existe algumas que nunca conseguiram atingir o orgasmo de nenhuma forma citada acima, outras já tiveram, mas apenas sozinhas, entretanto há mulheres que nunca atingiram o orgasmo com parceiro e nem sozinhas.

O orgasmo é centralizado em sensações na área do clitóris e pelve, depois de estímulos sexuais e atividade sexuais, essa sensação vai aumentando e criando uma onda de calor que invade o corpo e especialmente a área pélvica, e ao fim a sensação de leves contrações do MAP (PEREZ *et al.*, 2019)

No decorrer do orgasmo há uma constrição dos músculos do períneo, abdominal e outras partes do corpo, o aumento da pressão arterial, frequência cardíaca, o aumento da frequência respiratória e a contração dos órgãos genitais, o orgasmo feminino leva em média entre 0,5 e 0,8 segundos de duração, algumas mulheres têm orgasmos com duração de um minuto, os quais podem ocorrer 25 ou até mais contrações dos músculos perineais e da vagina, a liberação de serotonina que causa a sensação de relaxamento e satisfação (DIAS 2018).

Desse modo o orgasmo é um evento composto que envolve o sistema nervoso central e periférico, as respostas sensoriais motoras dos órgãos da cavidade pélvica. Na medula existe conexões nervosas que através dos sistemas simpáticos e parassimpáticos ocasiona mudanças no corpo, onde é liberado por essas terminações nervosas na região genital a acetilcolina, ocitocina, peptídeos vasodilatadores ajudando na dilatação e congestão, a veemência desse prazer depende e altera do ato sexual, a quantidade e qualidade desses estímulos (SOUZA *et al.*, 2020).

O orgasmo pode ser experimentado tanto por homens quanto por mulheres, porém existe diferença em relação ao orgasmo múltiplo enquanto a mulher é capaz de ter múltiplos orgasmos ao manter a estimulação genital após o primeiro orgasmo, contrapartida os homens conseguem atingir esses orgasmos múltiplos com menos frequência, pois os homens assim que atingem o clímax precisa de um tempo para começar novamente essa estimulação sexual. Por outro lado, as mulheres necessitam de uma estimulação maior para atingir o orgasmo (DIAS, 2018).

De acordo com os autores Dias (2018) e Silveira (2019) a qualidade sensorial do orgasmo, vai depender de qual parte do sistema genital está sendo estimulada, temos dois tipos principais de via, o orgasmo causado pela estimulação vaginal com penetração que irá envolver todo o corpo, entreposto a estimulação do clitóris vai ocasionar o orgasmo nessa região. Os pontos subsequentes são de acordo com os dois autores citados á cima:

- Clitoriano: Por ser o único órgão com o objetivo expressamente de receber o estímulo e transformar em tensão sexual. Tendo em vista que é inervado por mais de oito mil terminações nervosa, obtendo assim um orgasmo extremamente prazeroso
- Vaginal: Nem todas as mulheres conseguem atingir esse orgasmo, estima-se que apenas 25% conseguem, são tidos através da penetração vaginal, podendo o orgasmo pendurasse por mais tempo que o clitoriano.

- Ponto G: Localizado cerca de 5 á 7 cm acima da parte frontal da vagina, entre a entrada da vagina e a uretra. Os orgasmos obtidos através do ponto G são tão fortes e intensos que por vezes mulheres ejaculam.
- Ponto A: Localizado próximo a colo do útero.
- Ponto U: Situado próximo ao clitóris, é uma área pequena que tem um tecido sensível.
- Ponto Profundo: O orgasmo acontece através da estimulação da parte profunda da vagina, antes do colo do útero.

Visualizando assim que existe mais do que dois tipos de orgasmos, demonstrando uma maior possibilidade e chance em atingir orgasmo através de outras vias (Dias, 2018).

3.4 DISFUNÇÃO SEXUAL

A disfunção sexual é definida como a incapacidade de praticar o ato sexual com prazer e satisfação podendo haver uma falha em um dos ciclos das respostas sexuais, desejo, excitação, orgasmo e resolução e apesar desses problemas não serem fatal, eles podem diminuir a qualidade de vida pessoal e interpessoal (QUISHIP *et al.*, 2022).

Segundo Amaral e Santos (2017) A disfunção pode ser primária ou secundária, a primária acontece durante toda a vida sexual da pessoa, já a secundária começa a existir depois de um período, é muito difícil estipular as incidências das disfunções sexuais em mulheres, porque muitas têm vergonha de procurar ajuda médica quando tem algum problema sexual por medo ou frustração.

Para Antônio *et al.*, (2016), as disfunções sexuais femininas são influenciadas por vários motivos que podem variar desde causas biológicas, neurológicas, anatômicas e especialmente fatores psicológicos e pessoais, estudos revelam que 40 a 45% das mulheres apresentam algum grau de disfunção sexual.

De acordo com Amaral e Santos (2017), mulheres que apresentam alguma disfunção sexual tem influência direta na saúde física e mental, principalmente na fase reprodutiva, afetando negativamente a sua qualidade de vida, suas causas podem estar associadas a razões sociais, patologias do assoalho pélvico, fatores ligados ao emocional como casos de abuso sexual, educação rígida, a falta de educação sexual, uma cultura religiosa rígida. Diversas desordens sexuais podem ser citadas, como o

Vaginismo, dispareunia, distúrbio do desejo sexual, distúrbio da excitação feminina e a anorgasmia.

O vaginismo é caracterizado como uma contração involuntária da musculatura do períneo ao tentar ter algum tipo de penetração vaginal, com o pênis, dedo, tampão ou até mesmo em exames ginecológicos, tem impacto negativo na vida da mulher, e problemas conjugais. O vaginismo tem duas classificações primário e secundário, o primário é quando a mulher é totalmente incapaz de manter relação sexual com penetração; o secundário ocorre quando a mulher porventura teve relações sexuais, entretanto não é mais capaz devido o vaginismo (AVEIRO *et al.*, 2009).

A incidência da dispareunia em mulheres é bem relevante, ela é caracterizada pela dor na região genital, pode acontecer antes do sexo, durante ou após as relações sexuais, a dor é relatada como ardência e pontadas. Pode ter origem patológica como na vulvovaginite, herpes genital, uretrite, atrofia vulvovaginal, cicatriz de episiotomia, correção do pavimento pélvico, radioterapia local e traumas sexuais. A presença de dor no coito pode acarretar uma ansiedade, angústia e receios criando uma dificuldade em seu relacionamento interpessoal e sua relação consigo mesma, trazendo para si, uma relação negativa com sexo (ANTONIOLI *et al.*, 2010).

O transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) é descrito como a diminuição e/ou falta do desejo de manter relações sexuais causando na mulher um esgotamento mental e uma insatisfação nas relações conjugais, as causas da TDSH podem ser multifatoriais, não tendo uma causa exclusiva, sendo indicada uma avaliação mais minuciosa sobre os mecanismos envolvidos nessa diminuição do desejo que pode ter relação com outros distúrbios sexuais, como a dispareunia e a anorgasmia, a depressão tem forte ligação com o TDSH, o abuso de álcool, cigarros e drogas e os conflitos com seu cônjuge (FLEURY *et al.*, 2009).

De acordo com Ferreira (2007), A excitação sexual feminina é a segunda fase do ciclo sexual, acontece a vasocongestão nela há um aumento da lubrificação vaginal, na disfunção da excitação a mulher sofrerá a incapacidade persistente ou recorrente de manter essa excitação sexual, e tendo dificuldade de finalizar a relação, essa desordem pode causar sofrimento interpessoal. Não está associada exclusivamente a outro transtorno sexual, ou a efeitos fisiológicos do uso de drogas, álcool ou medicamentos, ou quadro médico geral, a sua origem tem que ser bem investigada pois pode ser que a mulher tenha tido uma falha na excitação de forma

situacional, ou generalizada, podendo surgir por razões psicológicas, traumas ou a junção de ambos.

Para Dias (2014), o orgasmo é a resposta de todas as outras fases do ciclo sexual, é o ápice do prazer, quando a mulher não consegue atingir o orgasmo depois de um tempo de excitação normal, é caracterizada como anorgasmia, em casos de mulheres que tem a disfunção orgástica elas têm interesse sexual, desejo e a excitação de forma satisfatórias para que ocorra o ato sexual.

Segundo Oliveti (2011), a anorgasmia é a uma das disfunções sexuais que mais acometem mulheres, um estudo mostrou que em todas as regiões do mundo estimasse que 18 a 41% apresenta a disfunção orgástica, sendo no Brasil 26,2% da amostra avaliada.

Existem alguns fatores que podem influenciar o orgasmo feminino, a saber, uma educação sexual rígida ou até mesmo a falta dela, a indústria pornográfica tem grande poder sobre as fantasias sexuais, onde a mulher tem que ter sempre um orgasmo e com penetração, causando no casal e na mulher uma ansiedade e pressão para que aquilo aconteça, e normalmente o orgasmo é mais frequente através da estimulação manual ou oral do clitóris, outra vigente é a preocupação excessiva com o desempenho e a insatisfação com o próprio corpo levando assim a anorgasmia, pois gera uma frustração por não atingir ao orgasmo (DIAS 2018).

3.5 ANORGASMIA FEMININA

Anorgasmia feminina é uma disfunção sexual caracterizada pela falta ou a dificuldade da mulher de atingir o orgasmo, após uma fase normal de excitação, ou seja, a mulher passa por todas as fases da resposta sexual, porém não tem o orgasmo, entretanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que somente a ausência ou a dificuldade de se atingir ao ápice não é o único motivo para que se possa diagnosticar a mulher com a disfunção sexual, deve se levar em consideração o quanto aquilo afeta a pratica sexual pessoal do indivíduo, sendo assim a falta de orgasmo só é considerada uma disfunção sexual caso cause no individuo a sensação de frustração e incomodo sendo uma queixa frequente em consultório ginecológico, geralmente, são relatado a diminuição da sensação orgástico, um atraso significativo do orgasmo (RIBEIRO *et al.*, 2016; GARCIA 2020).

A anorgasmia pode ser dividida em primária onde a mulher nunca experimentou um orgasmo, nem com penetração ou masturbação. Anorgasmia secundária é descrita por algumas mulheres, que já tiveram orgasmos, porém por algum trauma ou episódio, como abuso sexual, ou experiências que foram ruins para a mulher fazendo com que exista um bloqueio a resposta sexual do orgasmo. Anorgasmia absoluta ou generalizada são manifestadas por mulheres que são totalmente incapacitadas a qualquer tipo de orgasmos, e existe a situacional onde são mulheres que só conseguem atingir ao ápice em situações específicas, com parceiros específicos, essa está ligada ao emocional (DIAS, 2014).

A anorgasmia tem a causa ligada a fatores psicológicos, como traumas vivenciados seja na infância ou na vida adulta, os tabus imposto pela sociedade, ou até mesmo a não compreensão do que é o orgasmo pelas mulheres, e com um percentual menor as causas anatômicas, o abuso do álcool e drogas (SOUSA et al., 2020).

Tendo em vista os músculos que formam o assoalho pélvico, como levantador do ânus, os músculos perineais, e a sua importância para a resposta sexual, o bulbo cavernoso que integram a musculatura perineal e que quando contraídos são responsáveis pela excitação e o orgasmo, o levantador do ânus que da mesma forma modula a resposta motora do orgasmo, quando há uma baixa pressão exercida por esses músculos afeta o funcionamento correto para uma resposta sexual satisfatória (CARVALHO, 2014).

O surgimento da anorgasmia está relacionado ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, que podem estar associado também com o aumento de peso ou simplesmente por inconsciência da contração dessa musculatura, pois os músculos bulbo esponjosos e isquiocavernoso que estão inseridos no corpo cavernoso do clitóris e que através de um mecanismo de ereção onde se contraem durante a atividade sexual, puxando o clitóris para baixo, comprimindo sua drenagem venenosa, facilitando assim a sua ereção, e com o enfraquecimento essa ação é afetada, tornando assim ineficiente (SOUSA et al., 2020).

Assim como os músculos levantadores do ânus quando apresentam uma hipotonia é possível observar a anorgasmia coital, porque esses músculos contribuem com a resposta motora do orgasmo e a recepção vaginal para a penetração, lesões nas fibras do pubococcígeo que são característicos durante o parto natural, podem diminuir a sensibilidade da vagina provocando dificuldades orgásticas, a diminuição

da musculatura perivaginal também podendo interferir no orgasmo (FERREIRA *et al.*, 2007).

Um aspecto que também pode influenciar para o surgimento da anorgasmia é a idade, pois a busca pela relação sexual tem uma queda notória com o avanço da idade, contudo não se sabe ao certo se essa baixa procura pela relação sexual está ligada pelo avanço da idade ou pelos baixos níveis hormonais, como a diminuição do estrogênio, a ação ineficiente dos neurotransmissores e neuropeptídeos, com tudo isso há uma percepção do envelhecimento, o nível cultural, e a satisfação emocional com o companheiro, a uma diminuição na lubrificação vaginal causando uma frustração e influenciando significativamente o orgasmo, levando a uma anorgasmia secundária (LARA *et al.*, 2008).

Entretanto as cirurgias ginecológicas podem ocasionar a anorgasmia, em um estudo transversal realizado foi possível observar que pacientes submetidas a correção de fístula obstétrica, relataram ter dificuldades para manter relações sexuais vaginais com penetração, uma baixa frequência do orgasmo e a anorgasmia após a cirurgia (SANTOS *et al.*?).

Mulheres que fazem uso de medicamentos para pressão arterial, especialmente os bloqueadores de recaptção de serotonina, comumente desenvolvem o retardo ou a ausência do orgasmo (FERREIRA *et al.*, 2007).

Assim como as alterações vasculares que causam a diminuição no fluxo sanguíneo do clitóris e da vagina que contribuem para a perda da musculatura lisa, e em consequência dessa alteração existe uma substituição da musculatura por tecido fibroso criando assim um endurecimento e esclerose das artérias cavernosas do clitóris e alterando na resposta de relaxamento e dilatação durante a resposta sexual, e interferindo diretamente no orgasmo (BERMAN; GOLDSTEIN, 2001).

Tendo em vista todos os fatores que causam e influenciam a anorgasmia, o impacto dele interfere diretamente na qualidade de vida pois uma mulher anorgasmica tem dificuldade na interação e comunicação com seu parceiro, interferindo no humor, fazendo com que se sinta diminuída no relacionamento, humilhada e tendo o bem-estar afetado e até se sentindo de maneira incompetente, e duvidar da sua capacidade como mulher (OLIVETI, 2009).

O tratamento da anorgasmia pode ser realizado de forma farmacológica com o uso de medicamentos como os agentes inibidores das fosfodiesterases e anti-histamínicos de primeira geração, o uso de estrogênio também é um meio de

tratamento para manejo da anorgasmia, outra opção é através da psicologia com terapias que irá analisar e tratar os aspectos emocionais, psicossomáticos, intelectuais e sociais (SANTOS, 2021; SILVEIRA *et al.*, 2022).

Entretanto a fisioterapia é considerado um tratamento conservador, possuindo muitos recursos que podem ser utilizados, levando em consideração a anorgasmia pela fraqueza do assoalho pélvico, onde o tratamento tem como objetivo a melhora da conscientização corporal e a contração correta dessa musculatura, minimizando assim qualquer desconforto e dor, promovendo uma melhora na relação sexual, para esse treinamento do MAPS podem ser realizado com a cinesioterapia, cones vaginais, terapias manuais, pilates e o biofeedback (SOUSA *et al.*, 2020).

3.6 AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Conforme a associação brasileira de fisioterapia em saúde da mulher (ABRAFISM) (2020), fisioterapia especializada em cuidar de problemas ginecológicos, considerando seus impactos funcionais é a fisioterapia na Saúde da Mulher, dentro dessa especialidade existem cinco campos de atuação, a uroginecológica, coloproctologia, obstetrícia, mastologia e disfunções sexuais feminina essa tem por função a prevenção, avaliação, diagnóstico cinético-funcional, educação e tratamento dessas disfunções sexuais, promovendo uma melhora na qualidade de vida.

A Fisioterapia em Saúde da Mulher é uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (Resolução nº 372/2009) e normatizada segundo a Resolução nº 401/2011 de 18 de agosto de 2011 (BRASIL,2011).

Atualmente a fisioterapia apresenta um avanço no tratamento das disfunções sexuais, é um tratamento acessível e de baixo custo com uma eficácia enorme, o tratamento proporciona a melhora da saúde sexual, a melhora da imagem corporal, autoconfiança, autoconsciência e a diminuição da ansiedade em relação ao seu problema sexual (TRINDADE *et al.*, 2017).

A avaliação fisioterapêutica é parte essencial para um tratamento eficaz, a avaliação e deve ser realizada de forma individualizada, é composta por entrevista, exame físico e exames complementares, a primeira parte desse processo é a

entrevista/anamnese, onde irá ser coletado dados relacionados à queixa/demanda da paciente/cliente, para isso, o fisioterapeuta irá reunir todas as informações relacionadas ao histórico de saúde e de funcionalidade dessa paciente, em relação aos sistemas fisiológicos envolvidos e sobre testes e medidas específicas (BARACHO, 2014; VILLALOBOS *et al.*, 2017).

Segundo Pechorro (2009) para a avaliação da função sexual pode ser utilizado questionários, como exemplo o Female Sexual Function Index (FSFI) (Anexo A) (DE CASTRO), ou índice da função sexual feminina, ele é um questionário construído e validado da língua inglesa, bem direcionado e multidimensional, para avaliar a resposta sexual feminina, acessando seus domínios, ele é autoexplicativo, são direcionadas 19 questões para a paciente/cliente sendo elas: Desejo (questão 1,2); Excitação (questão 3,4,5,6); Lubrificação (questão 7,8,9,10); Orgasmo (questão 11,12,13); Satisfação (questão 14,15,16); e Dor (questão 17,18,19).

Outra ferramenta utilizada para a avaliação é o questionário Quociente sexual feminina (QS-F) (Anexo B) constituído por dez questões baseando-se nos últimos seis meses da vida sexual, indagando se a mulher costuma pensar espontaneamente sobre sexo, se há interesse o suficiente por sexo, se as preliminares a estimulam a continuar a relação sexual, se sente-se lubrificada o suficiente, se existe dor durante a relação com penetração vaginal, existência de distrações durante o ato sexual, e se consegue atingir o orgasmo durante as relações sexuais, a soma das dez questões devem ser somadas e multiplicadas por dois, o que se resulta num índice total que varia de 0 a 100 pontos (ABDO, 2009).

Sendo assim a entrevista irá coletar informações como nome, idade, endereço a situação afetiva e conjugal da paciente, os conhecimentos e crenças sobre a sexualidade, a sua capacidade de percepção e o nível das dificuldades sexuais, quando se iniciou as relações sexuais, se existe doenças e suas queixas associadas, condições anatômicas e funcionais (MORENO, 2009).

Contudo também, se houve cirurgia pélvica abdominal, a história obstétrica se teve episiotomia o uso do fórceps e lacerações durante o trabalho de parto, se encontra-se na menopausa e se sim se faz uso de reposição hormonal, o estilo de vida, se é tabagista ou faz uso de ingestão de bebida alcoólica, todas essas questões são consideradas importantes para a avaliação (BARACHO, 2014).

O exame físico ou inspeção, irá avaliar a parte da musculatura do assoalho pélvico, como a sua aparência, a força e os reflexos neurológicos, com a intenção de

avaliar como está a funcionalidade desse AP, através da graduação de força, por meio do toque vaginal ou bi-digital, a palpação digital é descrita como um método simples e de fácil aplicação, consisti em introduzir dois dedos na vagina com uso de lubrificante, e pedir para que a mulher contraia por maior tempo que consegui, onde o examinador irá utilizar a escala de Oxford modificada para mensurar a contração pélvico o que pode variar de 0 a 5 pontos (RIESCO *et al.*, 2010).

Quadro 1: Escala Modificada de Oxford

Grau	Reposta muscular
0	Ausência de função muscular
1	Esboço de contração não sustentada
2	Contração sustentada fraca
3	Contração moderada, movimento em direção cranial e compressão dos dedos do examinador
4	Contração boa, movimento em direção a sínfise púbica e compressão dos dedos do examinador
5	Contração forte, movimento positivo em direção a sínfise púbica com compressão firme dos dedos do examinador

Fonte: Silva,2020

A palpação digital e a perineometria que são dois métodos utilizados para avaliar e mensurar a força da musculatura do períneo, no caso da perineometria é utilizado um aparelho chamado perineometro ele registra as contrações dessa musculatura através de um cateter balão posicionado 3,5 cm dentro do canal vaginal, e traduz para padrões visuais através de uma escala numérica que pode variar de 0 até 46,4 (MAGNO *et al.*, 2011; DE LA HOZ 2015).

Quadro 2: Valores da perineometria

Grau	Escore (mmHg)	Descrição
0	0	Ausência de registro de contração
1	1,6 a 16,0	Contração leve
2	17,6 a 32,0	Contração moderada, não sustentada por 6 segundos
3	33,6 a 46,4	Contração normal, sustentada por 6 segundos

Fonte: Magno *et al.*, 2011.

Os cones vaginais que são usados para o tratamento das disfunções sexuais, e servem como método para avaliação do AP, quando são introduzidos no canal vaginal, proporcionam um feedback tátil e cinestésico, facilitando assim o AP a se

contrair de uma forma reflexa na tentativa de mantê-lo firmes dentro do canal vaginal. A forma de avaliação consiste em introduzir o cone mais leve e a paciente é submetida a uma sequência crescente de esforços, se o cone se manter, ele é retirado e colocado um de maior peso, seguindo de forma sucessivamente até que algum se exteriorize aos esforços (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

Quadro 3: Classificação da força através dos cones vaginais.

Índice	Significância
0	O peso nº 1 (25 g) cai
1	O peso nº 1 é mantido e o peso nº 2 (35 g) cai
2	O peso nº 2 é mantido e o peso nº 3 (45 g) cai
3	O peso nº 3 é mantido e o nº 4 (55 g) cai
4	O peso nº 4 é mantido e o nº 5 (65 g) cai
5	O peso nº 5 é mantido

Fonte: Vasconcelos *et al.*, 2013

Esse método de avaliação da força do assoalho pélvico através dos cones deduz que as fibras do tipo I, que são responsáveis pela contração lenta, são as mais avaliadas durante essa avaliação, os cones vaginais atuam como um feedback sensorial, método efetivo e além de ter um baixo custo (NASCIMENTO,2009).

3.7 TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

De acordo com Trindade (2017) a fisioterapia atua na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico, inicialmente na melhora da consciência corporal, sobre a contração e existência da musculatura do assoalho pélvico, no fortalecimento dessa musculatura.

A fisioterapia tem grandes recursos, que podem atuar de forma não invasiva e de baixo custo no tratamento da anorgasmia, que pode ser capaz de minimizar e curar a disfunção, dos recursos mais utilizados são eles; Cinesioterapia que tem por função o fortalecimento dessa musculatura, também conhecido como treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) ou exercícios de Kegel, tem sua aplicabilidade no tratamento da anorgasmia, devido ao fortalecimento do bulboesponjoso e isquiocavernoso que auxiliam na resposta motora da excitação e orgasmo, aumentando a vascularização dessa região (SOUSA *et al.*, 2020).

Os exercícios de Kegel foi laborado por Dr. Arnold Kegel por volta da década de 40 e 50, são utilizados para ganhar controle voluntário sobre os músculos do AP,

consiste em exercícios voluntários que envolvem a contração e relaxamento, podem ser realizados associados à respiração abdominal-diafragmática e seguindo a orientação verbais do terapeuta, as contrações podem ser mantidas por até 5s, em séries de 8 repetições com a paciente em diferentes posições, Esta técnica auxilia tanto no fortalecimento quanto na conscientização perineal (ANOTIOLI *et al.*, 2010).

O Biofeedback na reabilitação do assoalho pélvico foi introduzido por Kegel em 1948, é um método que tem por objetivo realizar a reeducação da pelve, que caracteriza na aplicação de eletrodos na musculatura do assoalho pélvico e musculatura sinergista como glúteo máximo, adutores e abdominais, ele tem um efeito modulatório sobre o sistema nervoso central, que pelos comandos verbais imposto pelo fisioterapeuta, orientará a contração dos músculos do assoalho pélvico excluindo o sinergista. Seu principal objetivo é auxiliar a mulher a potencializar a sua percepção e controle voluntário dos músculos, sua contribuição inclui em garantir a aquisição rápida, precisa, segura da participação da paciente durante o protocolo e sua reeducação (DELGADO *et al.*, 2015).

Os cones vaginais é um método que é utilizado pequenas cápsulas de formato anatômico, composto de um conjunto de cinco cones de pesos diferente e progressivos, variando de 20g a 70g aproximadamente. Esse tem como função proporcionar o ganho de força e resistência muscular do assoalho pélvico e auxiliares, ele é realizado de duas formas, a primeira passiva a paciente fica em posição ginecológica os cones são introduzidos profundamente pelo terapeuta que traciona enquanto a paciente realiza uma contração para segurar o cone dentro da vagina. A segunda forma é a ativa, que geralmente é aplicada depois da passiva, onde é usado o peso do cone contra a gravidade na posição em pé, no qual pode realizar atividades como subir e descer escadas, pontes, agachamentos, aumentado o peso e o tempo gradativamente (DELGADO *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2020).

O método pilates é muito utilizado no tratamento, ele vem da cultura oriental foi criado por Joseph em 1920, nesse método se trabalha o equilíbrio, percepção e concentração, o controle corporal e flexibilidade, fazendo uso da força dos músculos do abdômen e cintura pélvica durante os movimentos, pode ser movimentos isométricos, excêntricos, concêntricos e contrações realizadas através do sinergismo muscular, pode ser executados nos aparelhos ou no solo, ele tem um efeito positivo sob os músculos do assoalho pélvico eles promovem uma resposta fisiológica através do aumento da força muscular (SILVA *et al.*, 2018).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O quadro abaixo aborda estudos que foram aplicados na prática clínica com a utilização de métodos fisioterapêuticos como forma de tratamento na anorgasmia feminina.

Quadro 4: Tratamentos Fisioterapêuticos na Prática

Autor/Ano	Objetivo	Amostra	Método	Resultados
Braz (2004)	Analisar o efeito do fortalecimento perineal na melhora da vida sexual e no tratamento da anorgasmia	Foram selecionadas 4 mulheres, 2 que apresentavam a anorgasmia e outras 2 orgásticas	Realizadas 10 sessões de 50 min, com a utilização do cone vaginal, e o biofeedback	As pacientes anorgasmica alcançaram o orgasmo e as orgásticas melhoraram de forma significativa o prazer sexual
Piassarolli <i>et al.</i> , (2010)	Avaliar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) sobre as disfunções sexuais femininas	26 mulheres que manifestavam o diagnóstico de transtorno sexual (transtorno de desejo sexual, excitação, orgástico ou dispareunia)	foram tratadas durante 3 meses sendo realizada 10 sessões de treinamento do musculo do assoalho pélvico em diferentes posições	Houve 69% de melhora nas queixas sexuais apresentada, sendo cerca de 35% do transtorno orgástico
Marques, (2017)	Avaliar os efeitos do método Pilates sobre a função sexual feminina	8 mulheres que tinham vida sexual ativa, foi aplicado o questionário FSFI antes e depois do protocolo,	As mulheres foram submetidas a um protocolo durante 8 semanas, contando duas sessões por	Ocorreu uma melhora significativa do escore do FSFI pós protocolo como orgasmo ($p=0,002$) desejo ($p =$

		onde o domínio mais afetado era o orgasmo, excitação, desejo e dor	semana durante 50 min	0,049), satisfação (p=0,008) e excitação (p=0,008)
--	--	--	-----------------------	--

FONTE: elaborada pela autora (2022)

Braz (2004) em seu estudo de característica quase-experimental com mulheres anorgasmica e orgástica, aplicando a técnica de fortalecimento perineal utilizando o biofeedback da marca Quark do tipo perina e cones vaginais, em uma comparação as pacientes anorgasmica após o tratamento com o biofeedback apresentaram força perineal inicial grau 3 e no final do tratamento apresentavam grau 3, não foi possível observar maior ganho de força, mas houve uma melhora na consciência da musculatura perineal. O grau de força perineal com os cones vaginais antes do tratamento foi descrito como grau 4 e após o tratamento com os cones continuaram com força perineal 4, mesmo as pacientes não terem aumentado o número do cone e de força muscular foi possível observar uma resistência na realização das atividades propostas no protocolo do tratamento, ao fim da pesquisa foi possível observar que as pacientes que antes eram anorgasmica passaram a conseguir atingir o orgasmo de forma satisfatória.

Corroborando assim Piassarolli e colaboradores (2010), em seu estudo de característica de ensaio clínico com abordagem antes e depois onde um grupo de mulheres com 26 participante com disfunções sexuais, sendo 35% a anorgasmia, essas foram submetidas a treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), foi aplicado o questionário FSFI para os domínios sexuais onde a média do escore total foi de 18,5 e ao fim do tratamento foi reavaliado e o escore subiu para 30,3, em relação ao força do assoalho pélvico na avaliação inicial cerca de 85% das mulheres apresentaram grau 1 ou 2, entretanto na avaliação na metade do protocolo 77% tiveram grau 3 ou 4 e por fim cerca de 69% apresentaram grau 4 ou 5, foi possível observar uma melhora de 2 grau, sendo assim 35% das mulheres que apresentavam a anorgasmia tiveram alta por melhora no quadro da disfunção. O protocolo aplicado se associa na melhora da função orgástica pelo fortalecimento dos músculos isquiocavernoso e bulboesponjoso que ajuda na excitação e orgasmos, sendo assim foi possível visualizar a melhora significativa de (p<0,001) do escore do FSFI e das contrações fásicas e tônicas (p<0,0001).

Para Marques e colaboradores (2017) em seu estudo quase experimental com corte transversal que visa avaliar o pilates na melhora da função sexual feminina, onde foi proposto 7 exercícios com 12 repetições com cada paciente e foram orientadas a contrair o MAP durante a expiração, as participantes foram avaliadas através do FSFI onde constatou o escore de 22,7 a 32,6, para as pacientes com valores baixos os domínios mais afetados foram desejo, excitação e orgasmo e após o protocolo aplicado houve uma melhora no escore total de ($p=0,002$), por fim houve uma melhora significativa nas queixas sexuais femininas, sobretudo o orgasmo teve uma melhora em ($0,002$), excitação ($0,008$) e desejo ($0,008$) sendo assim podemos verificar que o método pilates proporciona uma melhora na função sexual feminina.

Os estudos apresentados no quadro e discutidos, evidenciaram que a fisioterapia dispõe de métodos e recursos como o treinamento muscular do assoalho pélvico e/ou cinesioterapia, biofeedback, cones vaginais e o método pilates que tratam as disfunções sexuais de forma quase não invasiva apresentando um resultado significativo. Dentre os métodos aplicados é possível observar que o TMAP teve o melhor resultado na melhora da anorgasmia feminina, sendo realizados exercícios de contração do MAP em diferentes posições onde foram exercitados os músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso que ajudam na fase de excitação e no orgasmo, por isso há eficácia no emprego do método, e foi possível associá-lo a melhora na reposta orgástica e no grau de força dos músculos do assoalho pélvico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Anorgasmia é uma disfunção sexual caracterizada por uma falha ou ausência do orgasmo que pode ser causada por vários fatores sendo um deles a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, principalmente o bulboesponjoso e isquiocavernoso que modulam a fase da excitação e orgasmo, apresentando um impacto na qualidade de vida e interferindo na comunicação com seu parceiro, no humor deixando-a insegura consigo mesma e a privando-a de desfrutar de uma relação sexual prazerosa.

A fisioterapia como forma de tratamento emprega diversas técnicas e recursos que podem ser aplicados visando a conscientização e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, como a cinesioterapia, exercícios de Kegel, biofeedback, cones vaginais, pilates e o treinamento muscular do assoalho pélvico, esses recursos tratam-se de um tratamento conversador de baixo custo e fácil acesso comparado aos demais com resultados satisfatórios na anorgasmia feminina.

Ainda é limitado o número de estudos abordando a aplicação de tratamentos fisioterapêuticos na prática. Sugere-se a elaboração de estudos balizados abordando a temática e empregando recursos de tratamento para a proposta de protocolos e/ou manuais de intervenção da anorgasmia feminina na comunidade científica.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliara atividade sexual da mulher. **Diagn. tratamento**, p. 89-90, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- AGUIAR Jr., B. **O poder do orgasmo**. Salto: Schoba, 2011.
- AMARAL, P. P.; SANTOS, M. D. 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/126/106>. Acesso em: 30 out. 2021.
- ANTÔNIO, J. Z. et al. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 6, p. 544-550, 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/695/1513>. Acesso em: 2 nov. 2021
- ANTONIOLI, R. de S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociências**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 267–274, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 279-283, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/DQJ5tsD3KZWpWtJ3kBWztfj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788527733281. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733281/>. Acesso em: 28 out. 2022.
- BATISTA, M. D. R.; WEICH, N. A.; DE CASTRO, D.. Disfunções Sexuais Femininas. **Salão do Conhecimento**, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/20653>. Acesso em: 27 fev. 2022.
- BERNARDES, A. Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino. Manual de Ginecologia. **Permanyer Portugal**, 2011. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_01.pdf. Acesso em: 2 nov. 2021
- BRAZ, Melissa Medeiros. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 3, p. 188-193, 2004. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/756/1658>
Acesso em: 2 nov. 2021.

BRASIL. **Conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional**. Resolução nº 372/2009, 18 agosto 2011.

CARVALHO, S. I. N. **Disfunções sexuais femininas**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas. 2014. 37 f. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/92865>. Acesso em: 15 nov. 2021.

COSTA, C. K. L. **Estudo de técnicas de quantificação e eficácia de um programa de exercícios na funcionalidade do assoalho pélvico e impacto sobre a função sexual feminina**. 2017. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2017. 112 f. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24784/1/EstudoT%c3%a9cnicasQuantificacao Costa 2017.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/24784/1/EstudoT%c3%a9cnicasQuantificacao%20Costa%202017.pdf). Acesso em: 3 abr. 2022.

DA SILVA, A. C. S. P. et al. Saúde sexual feminina em tempos de empoderamento da mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e28010716415-e28010716415, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16415>. Acesso em: 2 nov. 2021.

DA SILVA, A. P. S.; DA SILVA, J. S. 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://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/3025>. Acesso em: 5 maio 2022.

DE CASTRO, K. M. SOBRINHO. **Fisioterapia na disfunção sexual feminina: uma revisão**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Fisioterapia) - Universidade de Rio Verde. 2020. 72 f. Disponível em: <https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/K%C3%A1ryhta%20Mariane%20S%20de%20Castro.pdf>. Acesso em: 3 maio 2022

DE LA HOZ, F. J. E.; DE ANDRADE MARQUES, A.; GALLEGO, H. O. Utilidad del Biofeedback Perineal en las disfunciones del piso pélvico. **Revista Investigaciones Andina**, v. 17, n. 31, p. 1301-1312, 2015. Disponível em: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/542>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DE LUCCAS BATISTA, N. M. T. et al. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/280>. Acesso em: 10 abri. 2022

DE OLIVEIRA, E. L.; REZENDE, J. M.; GONCALVES, J. P. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. **Revista Ártemis-Estudos de Gênero, Feminismos e Sexualidades**, v. 26, n. 1, p. 303-314, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Josiane-Peres-Goncalves-2/publication/331049914_Historia_da_sexualidade_feminina_no_Brasil_entre_tabus_mitos_e_verdades/links/5f940947458515b7cf99311e/Historia-da-sexualidade-feminina-no-Brasil-entre-tabus-mitos-e-verdades.pdf. Acesso em: 4 jun. 2022.

DE SOUSA, C. B.; DE SOUZA, V. S.; FIGUEREDO, R. C. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. **Multidebates**, v. 4, n. 2, p. 176-188, 2020. Disponível em: <http://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/215>. Acesso em: 15 nov. 2021

DE SOUZA ANTONIOLI, R.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, pág. 267-274, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8489>. Acesso em: 5 abr. 2022.

DE SOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 13, n. 3, p. 485-496, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/kKgJhYrqKTzpYjrGzvfHVqt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 jun. 2022.

DE SOUZA, V. M. DISFUNÇÃO DA EXCITAÇÃO SEXUAL. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 16, n. 1, 2005. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/480. Acesso em: 10 abril. 2022

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUSA, M. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **CATUSSABA, Revista científica da escola da saúde**, n. 1, p. 47-56, jan., 2015. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>. Acesso em: 04 maio 2022.

DIAS, A. S. **ANTROPOGIA DA SEXUALIDADE: O ORGASMO E SUA FISILOGIA**. 2018. (Monografia) Pós-graduação em Sexualidade, Universidade Candido Mendes – AVM. 2018. 43 f. Disponível em: https://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/54773.pdf. Acesso em: 03 jun. 2022.

DIAS, J. C. et al. Anorgasmia Feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, p. 1-4, 2014. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/145>. Acesso em: 04 jul. 2022.

ETIENNE, M. de A.; MC, W. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico**. São Paulo: LMP, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER. **Recomendações da abrafism sobre fisioterapia ginecológica e disfunções sexuais em tempo de covid-19**. São Paulo. 2020. 56p.

<https://crefito7.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-ABRAFISM-FISIOTERAPIA-EM-GINECOLOGIA-E-DISFUN%C3%87%C3%95ES-SEXUAIS-EM-TEMPOS-DE-COVID-19.pdf>

FERREIRA, A. L. C. G. et al. Disfunções sexuais femininas. **Femina**, v. 35, n. 11, p. 689-95, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-478493>. Acesso em: 05 ago. 2022.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Desejo sexual feminino. **Diagn. Tratamento**. p. 47-51, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-552536>. Acesso em: 15 nov. 2021

GARCÍA VÁZQUEZ, L. **Eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de la disfunción sexual femenina**. 2020 (Trabalho de Grado) Curso de Fisioterapia. Universidade de Coruña. 2020. 65 f. Disponível em: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/26876>. Acesso em: 10 set. 2022.

GILROY, A. M.; MACPHERSON, B. R. **ATLAS DE ANATOMIA, nomenclatura latina**. LWW, 2017. Disponível em: https://journals.lww.com/jisa/Fulltext/2017/05000/ATLAS_OF_ANATOMY,_Latin_nomenclature_3rd_edition_10.aspx. Acesso em: 10 abri. 2022

GOZZO, T. O. et al. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, p. 84-90, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9pcj3PJQJZyPzDtrHNRxKfd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

HADDAD J. M, RIBEIRO R.M, CARVALHO F.M; Avaliação clínica de mulheres com incontinência urinária de esforço tratadas com cone vaginal. **RevUnorp**; 2010; P. 25-47, 2017.

HENTSCHEL, H.; ALBERTON, DL; CAPP, E.; GOLDIM, JR; PASSOS, EP ASPECTOS FISIOLÓGICOS E DISFUNCIONAIS DA SEXUALIDADE FEMININA. **Clínica & Pesquisa Biomédica**, [S. l.] v. 26, n. 2, 2020. Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/downloads/RevistaCientifica/2006/2006_26_2.pdf. Acesso em: 04 jul. 2022.

LARA, Lúcia Alves da Silva e cols. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 312-321, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/gR6xLY789rj3f9tmMmT9CGw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2022.

LEVIN, R. J. O clitóris - Uma avaliação de sua função reprodutiva durante os anos férteis: Porque foi, e ainda é negligenciado em relatos de excitação sexual feminina. **Anatomia Clínica**, v. 33, n. 1, pág. 136-145, 2020.

LUZ, J. **A fisioterapia na disfunção sexual feminina**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Atlântica. 2009. 115 f. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/314/3/A%20Fisioterapia%20na%20Disfun%C3%A7%C3%A3o%20Sexual%20Feminina.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

MACHADO, J. dos S.; LARENAS, H. F. A felicidade e libertação sexual da mulher. **Revista Expressão Da Estácio**, v. 5, n. 1, 2021. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/REDE/article/viewArticle/9921>. Acesso em: 27 fev. 2022.

MAGNO, L. D. P.; FONTES-PEREIRA, A. J.; NUNES, E. F. C. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 4, p. 8-8, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000400006. Acesso em: 15 nov. 2021

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, [S. l.], v. 17, n. 3/6, 2012. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/755>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MARQUES, M. G.; BRAZ, M. M. Efeito do método Pilates sobre a função sexual feminina. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 1, p. 63-68, 2017. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/756>. Acesso em: 10 abri. 2022

MORENO, A.L. **Fisioterapia em uroginecológica**. 2 ed. MANOLE. 2009.

NASCIMENTO, S. M. do. Avaliação Fiosioterapêutica da Força Muscular do Assoalho Pélvico na Mulher com Incontinência Urinária de Esforço após Cirurgia de Wertheim-Meigs: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 157-163, 2009. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1647>. Acesso em: 20 nov. 2022.

NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7ª ed. RIO DE JANEIRO: Elsevier, 2019.

OLIVETI, E. M. P. Anorgasmia em mulheres com parcerias estáveis: Revisão de Literatura. **Anais do SIES-Simpósio Internacional de Educação Sexual da UEM** ISSN 2177, v. 1111, p. 6-7, 2009. Disponível em: <http://www.sies.uem.br/trabalhos/2009/116.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2022.

PECHORRO, Pedro et al. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). **Laboratório de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 33-44, 2009. Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/view/684>. Acesso em: 05 ago. 2022.

Pérez RNM, Martínez TJC, García DJÁ, et al. Dysfunction of pelvic and sexual floor in women. *Invest Medicoquir*. 2019;11(Suppl: 1):1-25. Disponível em <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmqs-2019/cmqs191z.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

PIASSAROLLI, V. P. et al. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, p. 234-240, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/QRhNBpw34WzwfrdBFdkpDkb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 out. 2022.

QUISHPI JINES, L. I.; HIDALGO ACOSTA, A. G. **Efectos de los ejercicios de kegel en la disfunción sexual del adulto**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidad Nacional de Chimborazo. Disponível em: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9604>. Acesso em: 10 abril. 2022.

RIBEIRO, A. T. A.; ANKIER, C. A relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina. **Revista latino-americana de medicina sexual**, v. 1, n.1, p. 14-22, 2012. Disponível em: <https://www.slamsnet.org/relams/pdf/relams-2012-1-14.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2022.

RIBEIRO, J. N. et al. DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: PERCEPÇÃO E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 27, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/109. Acesso em: 30 mar. 2022.

RIESCO, M. L. G. et al. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: Correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 1138-1144, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/c3v4KynyWmTY7CwCpLn3XmQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021

SANTOS, E. G. D. **Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: vaginismo e dispareunia**. 2021. Monografia (Curso de Fisioterapia) Centro Universitário AGES. 2021. 68 f. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17817/1/Monografia%20Emilly%20Gabrielly%20Dantas%20dos%20Santos%20-%202021.pdf>. Acesso em: 8 out. 2022.

SANTOS, R. R. et al. Causas e tratamento da anorgasmia feminina: uma revisão da literatura. Categoria: Clínico. 2021. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/comusc2021/04.pdf>. Acesso em:

SARTORI, D. V. B. et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais. **Femina**, v. 46, n.1, p. 32-37, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050092/femina-2018-461-32-37.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SILVA, Jordana Barbosa da. **Reprodutibilidade da palpação unidigital e bidigital durante a avaliação da contração voluntária máxima do assoalho pélvico de mulheres de diferentes faixas etárias e validade de construto com a manometria**. 2020. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020

SILVA, A. R. M. G. **Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher**. 2012. Dissertação (o Mestrado Integrado em Bioengenharia Ramo Engenharia Biomédica) Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. 2012. 89 f. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68417/1/000154801.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SILVA, B. M.. **Orgasmo feminino: Influência fisiológica e comportamental**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica. 2019.38 f. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/b1cb9e6d-ec88-4215-8913-0534bf270040/3050130.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, V. L.; VAZ, G. R. C.; COELHO, K. C. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS. 2018. **IX Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica e II Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação 2018**. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/xmlui/handle/123456789/2223>. Acesso em: 04 jul. 2022.

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: 05 ago. 2022.

SILVEIRA, I., F; MACHADO, T. M. P.; VOLPI, S. M. D. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) 25º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2022. [ISBN –978-65-89012-02-3]. Disponível em <https://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais-2022/Mulheres-anorgasmicas-lascara-Silveira-Tatiane-Machado-Sandra-Volpi-min.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVEIRA, L. F; MACHADO, T.M. P.; VOLPI, S. M. D. In: VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. (Org.) 25º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2022. [ISBN – 978-65-89012-02-3]. Disponível em: <https://www.centroreichiano.com.br/anais-doscongressos-de-psicologia/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SOUSA, K. R.; BARREIRA, S. A.; DA SILVA, K. C. C. A importância da fisioterapia na anorgasmia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e38311831047-e38311831047, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31047>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SPERLI, A. E.; FREITAS, J. O. G.; ANDRADE MELLO, A. C. Tratamento cirúrgico da hipertrofia clitoriana. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, p. 314-320, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/VDHBJSCxm5qWKd3CP3ky5nC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2022.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. In: **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2004. pág. 520-520.

TRINDADE, S.; LUZES, R. 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>. Acesso em: 04 jul. 2022.

VASCONCELOS, Elaine Cristine Lemes Matheus. Força e função muscular do assoalho pélvico: como avaliar? **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 6, p. 469-473, 2013 <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/439/794> acesso em: 20 nov. 22

VILLALOBOS, Vanessa Uclés; SOLERA, María Félix Sánchez. Rehabilitación del piso pélvico. **Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica**, v. 7, n. 1, p. 11-17, 2017. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=74067>. Acesso em: 8 out. 2022.

VIRGENS, G. D. et al. Disfunção sexual das mulheres. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. V. 3, p. 119-125, 2016. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6554>. Acesso em: 10 set. 2022.

ZORZI, R. **Corpo humano: órgãos, sistemas e funcionamento**. Editora Senac São Paulo, 2021.

ANEXOS

Anexo A

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em sigilo completo

Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais

Relação sexual – é definida como penetração (entrada) do pênis na vagina;

Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito alto
- Alto

- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigando nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.

3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Confiança muito alta
- Confiança alta
- Confiança moderada
- Baixa confiança
- Muito baixa ou nenhuma confiança

6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

7) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, a quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita

- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15) Nas últimas 4 semanas, a quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)

- Quase nunca ou nunca

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Muito grande
- Grande
- Moderado
- Pequeno
- Muito pequeno ou nenhum

Obrigado por completar este questionário!

ANEXO B**Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)**

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

0 1 2 3 4 5

Resultado = padrão de desempenho sexual:

62–80 pontos: regular a bom (Q = questão)

42-60 pontos: desfavorável a regular

22-40 pontos: ruim a desfavorável

0-20 pontos: nulo a ruim

Como somar os pontos:

82-100 pontos: bom a excelente $2 \times (Q 1 + Q 2 + Q 3 + Q 4 + Q 5 + Q 6 + [5-Q 7] + Q 8 + Q 9 + Q 10)$



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Graziela Matheus Pereira

CURSO: Fisioterapia

DATA DE ANÁLISE: 18.10.2022

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **1%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet

Suspeitas confirmadas: **1%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados

Texto analisado: **94,68%**

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 2.8.5
terça-feira, 18 de outubro de 2022 14:53

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **GRAZIELA MATHEUS PEREIRA**, n. de matrícula **32462**, do curso de Fisioterapia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 1%. Devendo a aluna fazer as correções necessárias.

(assinado eletronicamente)

HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA



GRAZIELA Matheus Pereira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7972793890735530>

ID Lattes: **7972793890735530**

Última atualização do currículo em 25/11/2022

Possui ensino-medio-segundo-graupela Dayse Mara de Oliveira Martins(2015). **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome	GRAZIELA Matheus Pereira 
Nome em citações bibliográficas	PEREIRA, G. M.
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/7972793890735530

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2018	Graduação em andamento em Fisioterapia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2013 - 2015	Ensino Médio (2º grau). Dayse Mara de Oliveira Martins, E.E.E.F.M, Brasil.

Formação Complementar

2022 - 2022	Fisioterapia Ortopédica. (Carga horária: 40h). Centro Educacional Sete de Setembro, CESS, Brasil.
2022 - 2022	Biomecânica. (Carga horária: 40h). Centro Educacional Sete de Setembro, CESS, Brasil.
2022 - 2022	Da avaliação ao tratamento da dor ciática. (Carga horária: 4h). Centro Universitário Faema - UNIFAEMA, UNIFAEMA, Brasil.
2022 - 2022	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (Carga horária: 20h). Conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional, COFFITO, Brasil.
2022 - 2022	Esportiva. (Carga horária: 40h). Centro Educacional Sete de Setembro, CESS, Brasil.

Atuação Profissional

Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

Vínculo institucional 2021 - 2021	Vínculo: , Enquadramento Funcional:
--	-------------------------------------

Projetos de extensão

2022 - 2022	VACINAÇÃO - a importância da vacinação em meio a Pandemia da COVID 19
--------------------	---

Descrição: Foi realizado um vídeo relatando a importância da vacinação da covid-19.
Situação: Concluído; Natureza: Extensão.
Alunos envolvidos: Graduação: (7) / Mestrado profissional: (1) .

Integrantes: GRAZIELA Matheus Pereira - Coordenador / Camila Stefany do Nascimento - Integrante / Erika Elide Sobrinho - Integrante / Ellen Neves - Integrante / Patricia Peres - Integrante / Amanda Giordania - Integrante / Jéssica Castro do Santos - Integrante / Lara Amorim Pereira - Integrante.

2022 - 2022

Programa de reabilitação e manutenção funcional - Instituto Faema

Descrição: Atendimento ao público no instituto de fisioterapia entre 11 de abril de 2022 a 17 de junho de 2022..

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (3) / Mestrado profissional: (1) .

Integrantes: GRAZIELA Matheus Pereira - Coordenador / Camila Stefany do Nascimento - Integrante / Amanda Giordania - Integrante / Jéssica Castro do Santos - Integrante.

2022 - 2022

Unifaema na Agroshow

Descrição: Participação na feira agropecuária.

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (3) / Mestrado profissional: (2) .

Integrantes: GRAZIELA Matheus Pereira - Coordenador / Camila Stefany do Nascimento - Integrante / Amanda Giordania - Integrante / Jéssica Castro do Santos - Integrante / Adriana Ema Nogueira - Integrante.

2021 - 2021

Maneiras de Amenizar os Impactos Causados pelo Período da Seca

Descrição: Foi realizado um vídeo sobre a as maneiras de amenizar os impactos causados pela seca na saúde, foi publicado nas redes sociais..

Situação: Concluído; Natureza: Extensão.

Alunos envolvidos: Graduação: (8) / Mestrado profissional: (1) .

Integrantes: GRAZIELA Matheus Pereira - Coordenador / Camila Stefany do Nascimento - Integrante / Erika Elide Sobrinho - Integrante / Ellen Neves - Integrante / Patricia Peres - Integrante / Amanda Giordania - Integrante / Nayara Araujo Ferreira - Integrante / Lara Pereira - Integrante / Jéssica Castro do Santos - Integrante.

Outros Projetos

2022 - 2022

Arrecadação solidária em prol da associação beneficente escola para vida

Descrição: Organizado pelo 10 período de enfermagem da UNIFAEMA através da doação de itens de higiene pessoal..

Situação: Concluído; Natureza: Outra.

Integrantes: GRAZIELA Matheus Pereira - Coordenador / Acadêmicos do décimo período de enfermagem - Integrante / Iriane Schrammel - Integrante.

2022 - 2022

Neuroplasticidade na Reabilitação Motora

Descrição: Projeto realizado no dia 21 de março de 2022 a respeito da neuroplasticidade.

Situação: Concluído; Natureza: Outra.

Integrantes: GRAZIELA Matheus Pereira - Coordenador / Patrícia Caroline Santana - Integrante.

Idiomas

Português

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Produções

Produção bibliográfica

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. Aleita Físio. 2022. (Encontro).
2. Dia das crianças na UNIFAEMA. 2022. (Feira).
3. IV SEMANA ACADÊMICA DE FISIOTERAPIA. 2022. (Seminário).
4. Jornada Aquece Físio. 2022. (Congresso).
5. Semana da Saúde. 2022. (Outra).
6. Em prol da casa de São Francisco de Assis. 2021. (Outra).
7. I semana de fisioterapia - FAEMA. 2019. (Encontro).
8. Faça uma criança sorrir. 2018. (Outra).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 25/11/2022 às 23:47:27

[Imprimir currículo](#)