



**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**MARIANA FERREIRA HENRIQUE**

**INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA DOR  
GENITO PELVICA EM DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

**Sinop/MT  
2024**



**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**MARIANA FERREIRA HENRIQUE**

**INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA DOR  
GENITO PELVICA EM DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora ao Departamento de Fisioterapia, do Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof. Ma. Lilian Garlini

**Sinop/MT  
2024**

**MARIANA FERREIRA HENRIQUE**

**INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA DOR  
GENITO PELVICA EM DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Fisioterapia – do Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em:

---

Ma. Lilian Garlini  
Professor(a) Orientador(a)  
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

---

Professor(a) Avaliador(a)  
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

---

Professor(a) Avaliador(a)  
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

---

Me. Fabiano Pedra Carvalho  
Coordenador do Curso de Fisioterapia  
Departamento de Fisioterapia – UNIFASIPE

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus; sem Ele não teria capacidade para desenvolver este trabalho e em toda a minha família em geral pois sem o apoio de vocês seria impossível a conclusão do meu curso.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me dar a honra de me apresentar à fisioterapia e ajudar no caminho me guiando em cada passo para a formação;

A meus pais Claudinei e Maristela, pelo apoio e ajuda ao longo de todo período de estudo nos pequenos aos grandes detalhes, me abraçando em cada decisão;

A minha tia Ivone e Tio Glauber que mesmo longe esteve me ajudando na caminhada com motivação e orações;

A minha vó Rose que em momentos de conversas desanimadoras, me encorajava a continuar;

Ao meu amor Danniell, que desde o começo desse trabalho não mediu esforços para me ajudar até nos dias de incertezas para conclusão do trabalho, acreditando no meu potencial e trazendo alívio e conforto ao meu coração;

Aos meus professores, em especial a Ma. Lilian Garlini, por me apresentar o curso de fisioterapia quando ainda era uma jovem com incertezas no mundo e ao longo da faculdade aceitou a tarefa de me orientar. Sou eternamente grata por acreditar em mim desde o começo quando realizei a matrícula na faculdade, como futura colega de profissão me sinto extremamente abençoada pelo apoio e paciência comigo.

Em geral, aos meus amigos e familiares que contribuíram de alguma forma ao longo desses 5 anos de curso para realização de um sonho: Cuidar de pessoas através da minha profissão.

## **EPÍGRAFE**

Por isso não tema, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; Eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa.

Isaiás 41:10

## RESUMO

A disfunção sexual conhecida como dispareunia (DPU), é um distúrbio que pode ter diversas causas, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais. A DPU consiste em dor genital, presente ou recorrente durante a atividade sexual, podendo ocorrer em qualquer idade, tanto durante quanto depois do ato sexual. A dispareunia é caracterizada como dor Gênitopélvica/Penetração (DGPP) e ocorre quando há dificuldade ou incapacidade de penetração, afetando mulheres sexualmente ativas. Comumente é relatada na região gênitopélvica de maneira superficial ou profunda e os sintomas relatados incluem dor vulvovaginal, medo, ansiedade, tensão, dor superficial ou profunda e aumento da contração muscular do assoalho pélvico, é preocupante a resistência das mulheres em buscar ajuda fisioterapêutica para tratar a DPU, muitas vezes devido à ideia de que a presença de dor está ligada a um problema físico, resultando em consulta ginecológica sem identificação de problema físico, culminando no encerramento do caso médico. Fatores como falta de educação sexual adequada, estigma em relação à sexualidade feminina, dificuldade de comunicação aberta sobre sexo e pressões sociais influenciam a forma como as pessoas encaram e enfrentam a dor no ato sexual, as experiências passadas de abuso sexual, traumas e relacionamentos disfuncionais podem ter impacto na dor durante o sexo devido ao seu significado na experiência da dor. O objetivo do trabalho é apresentar a efetividade dos recursos fisioterapêuticos na saúde da mulher e discutir o impacto das disfunções pélvicas abordando a importância do conhecimento de sexualidade feminina, biomecânica e anatomia. Por meio da pesquisa bibliográfica e da revisão da literatura, o objetivo é descrever a disfunção da dor gênitopélvica conforme retratada no cenário atual da literatura, essa análise visa capacitar e informar profissionais de saúde para uma abordagem e acompanhamento mais eficazes dessas condições. Contudo, a dispareunia pode ser vista como um desafio na saúde pública feminina, o tratamento abrange uma variedade de abordagens da fisioterapia voltadas para a saúde da mulher, que vão desde técnicas de terapia manual até exercícios terapêuticos e estimulação elétrica, com essas abordagens, é possível alcançar resultados satisfatórios em diversas áreas de tratamento. O estudo ressaltou a importância da intervenção fisioterapêutica nas disfunções do sistema gênitopélvico, destacando também a carência de novas pesquisas nesse campo. A fisioterapia na saúde da mulher desempenha um papel crucial na divulgação da importância da função dos músculos do assoalho pélvico na sexualidade feminina, contribuindo para um maior entendimento e desenvolvimento da pesquisa científica nessa área.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dispareunia; Fisioterapia; dor gênitopélvica.

HENRIQUE, Mariana Ferreira. Physical Therapy Interventions in the Treatment of Pelvic Pain in Female Sexual Dysfunctions. Genital Pain. 2024. 52 sheets. Course Completion Work – Unifasipe University Center – UNIFASIPE.

## **ABSTRACT**

The Sexual dysfunction, known as dyspareunia (DPU), is a disorder that can have several causes, including physical, emotional, and social aspects. DPU consists of genital pain, present or recurrent during sexual activity, and can occur at any age, both during and after sexual intercourse. Dyspareunia is characterized as Genito-Pelvic/Penetration Pain (DGPP) and occurs when there is difficulty or inability to penetrate, affecting sexually active women. It is commonly reported in the genito-pelvic region in a superficial or deep manner and the symptoms reported include vulvovaginal pain, fear, anxiety, tension, superficial or deep pain and increased pelvic floor muscle contraction, it is worrying the resistance of women to seek physical therapy help to treat BPD, often due to the idea that the presence of pain is linked to a physical problem, resulting in a gynecological consultation without identification of a physical problem, culminating in the closure of the medical case. Factors such as lack of adequate sex education, stigma towards female sexuality, difficulty in communicating openly about sex, and social pressures influence how people face and cope with pain in the sexual act, past experiences of sexual abuse, trauma, and dysfunctional relationships can have an impact on pain during sex due to their significance in the experience of pain. The objective of this study is to present the effectiveness of physical therapy resources in women's health and to discuss the impact of pelvic dysfunctions, addressing the importance of knowledge of female sexuality, biomechanics and anatomy. Through literature research and literature review, the objective is to describe the dysfunction of pelvic genitolumbic pain as portrayed in the current scenario of the literature, this analysis aims to train and inform health professionals for a more effective approach and follow-up of these conditions. However, dyspareunia can be seen as a challenge in women's public health, the treatment encompasses a variety of physiotherapy approaches aimed at women's health, ranging from manual therapy techniques to therapeutic exercises and electrical stimulation, with these approaches, it is possible to achieve satisfactory results in several areas of treatment. The study highlighted the importance of physical therapy intervention in dysfunctions of the pelvic genital system, also highlighting the lack of further research in this field. Physiotherapy in women's health plays a crucial role in spreading the importance of pelvic floor muscle function in female sexuality, contributing to a greater understanding and development of scientific research in this area.

**KEYWORDS:** Dyspareunia; Physiotherapy; genito-pelvic.



## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1- Fases do ciclo de resposta sexual humana.....                      | 14 |
| Figura 2- Ossos que compõe a pelve.....                                      | 15 |
| Figura 3- Anatomia da pelve vista lateral.....                               | 15 |
| Figura 4- Estreito superior e inferior da pelve.....                         | 16 |
| Figura 5- Desenho esquemático da disposição do sistema genital feminino..... | 17 |
| Figura 6- Folículos ovarianos em estágios de desenvolvimento.....            | 28 |
| Figura 7- Proporções da tuba uterina e morfologia do útero.....              | 20 |
| Figura 8- Vulva feminina.....  | 21 |
| Figura 9- Períneo de uma mulher.....   | 22 |
| Figura 10- Palpação vaginal.....   | 27 |
| Figura 11- Avaliação do assoalho pélvico com perineometria.....              | 29 |
| Figura 12- Cone no canal vaginal.....  | 32 |
| Figura 13- Aplicação do Biofeedback.....                                     | 33 |
| Figura 14- Aparelho de Biofeedback.....                                      | 34 |
| Figura 15- Demonstração de introdução de sonda com preservativo.....         | 35 |
| Figura 16- Sonda acoplada na vagina por completo sem dor.....                | 35 |
| Figura 17- PelveFit trainer.....   | 36 |
| Figura 18- Tela de avaliação de repouso inicial e relaxamento final.....     | 37 |
| Figura 19- Tela de avaliação voluntária máxima.....                          | 38 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**DGPP**- Dor Gênito Pélvico Penetração

**DPU**- Dispareunia

**AP** - Assoalho Pélvico

**SUS** - Sistema Único De Saúde

**DSF** - Disfunção Sexual Femina

**FSH** - Foliculoestimulante

**LH** - Luteinizante

**PH** - Potencial de Hidrogênio

**MAP** - Músculos do Assoalho Pélvico

**CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

**CIF** - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**ADM** - Amplitude de Movimento

**BF** - Biofeedback

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>1.1 Problematização</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>1.2 Justificativa</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>1.3 Objetivos</b> .....   | <b>10</b> |
| 1.3.1 Objetivo Geral.....  | 10        |
| 1.3.2 Objetivos específicos.....   | 10        |
| <b>1.4 Metodologia</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>2.1 Sexualidade feminina</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>2.2 Fase de Desejo e Excitação</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>2.3 Fase de Platô, Orgasmo e Resolução</b> .....                                      | <b>14</b> |
| <b>2.4 Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino</b> .....                   | <b>14</b> |
| 2.4.1 Sistema pélvico feminino .....   | 15        |
| 2.4.2 Sistema reprodutor feminino e órgãos genitais internos femininos .....             | 16        |
| 2.4.3 Órgãos genitais externos femininos .....   | 20        |
| <b>2.5 A dispareunia segundo a nova classificação universal das dores genitais</b> ..... | <b>22</b> |
| <b>2.6 Avaliação fisioterapêutica</b> .....  | <b>25</b> |
| 2.6.1 Exame físico .....   | 25        |
| 2.6.2 Perineometria .....  | 27        |
| <b>2.7 Tratamento fisioterapêutico</b> .....   | <b>29</b> |
| 2.7.1 Exercícios de fortalecimento dos MAP .....   | 29        |
| 2.7.2 Terapia Manual .....   | 30        |
| 2.7.3 Cones vaginais .....   | 31        |
| 2.7.4 <i>Biofeedback</i> perineal através da EMG (Eletromiografia) .....                 | 32        |
| <b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>ANEXO</b> .....   | <b>47</b> |

## 1.INTRODUÇÃO

Na história, as atitudes em relação à sexualidade variaram amplamente com as culturas e os períodos. Em muitas sociedades, houve uma tendência de reprimir a sexualidade feminina e de promover ideias de submissão da mulher ao homem. Essas atitudes históricas podem ter contribuído para a falta de compreensão e reconhecimento da dor sexual nas mulheres, bem como para a falta de busca no tratamento (PINHEIRO, 2010).

A dor no ato sexual conhecida como dispareunia (DPU), é um problema que pode ter múltiplas origens, incluindo fatores físicos, emocionais e sociais. A DPU é uma dor genital, presente ou frequente associada à atividade sexual, acontecendo em qualquer idade, durante ou após o sexo (GONZALEZ *et al.*, 2020).

A dispareunia é classificada como dor Gêrito-Pélvica/Penetração (DGPP) e se define como uma dificuldade de penetração ou incapacidade total de realizar penetração, que ocorre com mulheres sexualmente ativas. Geralmente é relatada na área gêrito pélvica de forma superficial ou profunda e são mencionados os seguintes sintomas para DPU: Dor vulvovaginal, medo, ansiedade, tensão, dor superficial ou profunda e aumento da contração muscular do assoalho pélvico (MAP) (RODRIGUES *et al.*, 2021).

A dor relatada em região pélvica no início da penetração ou durante o ato sexual com movimento do pênis na vagina se define por dispareunia superficial, em contrapartida a dor relatada na região da vagina proximal e no hipogástrio são associados a dispareunia profunda (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Ressalta Sarti (2001), que os fatores sociais desempenham um papel significativo na experiência da dor. Em questões como educação sexual inadequada, estigma em torno da sexualidade feminina, falta de comunicação aberta sobre o sexo e pressões sociais afetam como as pessoas percebem e lidam com a dor durante o sexo. Questões como abuso sexual, traumas e relacionamentos disfuncionais podem contribuir para a dor no ato sexual, pois atuam de forma significativo na experiência e percepção da dor. A ansiedade, a depressão, o estresse e

expectativas negativas em relação ao sexo, também, podem contribuir para a dor, visto que a relação entre mente-corpo é complexa e a tensão emocional ou o desconforto psicológico podem se manifestar fisicamente durante o ato sexual.

### **1.1 Problematização**

É inegociável a importância do conhecimento da função sexual feminina influenciando em uma melhor qualidade de vida, pois o entendimento da DPU durante o ato sexual pode promover benefícios à saúde sexual, bem como ajudar no desejo feminino. A fisioterapia pélvica é de grande importância durante a prevenção e no tratamento de disfunções relacionadas ao AP (assolho pélvico) feminino para portadoras da DPU. Estudos recentes mostraram uma redução da dor entre pacientes que obtinham DGPP, evidenciando resultados positivos como analgesia e melhora dos aspectos psicossociais, percepção de imagem corporal, qualidade de vida, consciência corporal e função sexual (SANTOS; SANTOS; SOUZA, 2022).

É preocupante a ausência da procura por atendimento fisioterapêutico durante a DPU, geralmente acontece devido à crença de que a presença de dor está associada a algum problema físico, buscando-se atendimento ginecológico onde nenhum problema físico é identificado e o caso médico se encerra. Há poucas evidências de mulheres que, insatisfeitas com o caso encerrado, procuram respostas através da terapia sexual e fisioterapia pélvica. A grande maioria não busca questionamentos e, por consequência, acredita que o prazer é apenas e exclusivamente direcionado ao homem (GERIN, 2008).

Segundo Trindade e Luzes (2017), 30% das americanas têm alguma alteração sexual, e no Brasil, segundo Neto e Jericó (2020), esse tema foi pesquisado em 18 cidades brasileiras e obteve resultados de 3.148 mulheres, das quais relataram 51% possuir disfunção sexual e 17,8% vivenciam dor durante a relação sexual, seja antes, durante ou após.

Tendo em vista os dados, a intervenção fisioterapêutica na dor gênito pélvica é fundamental para o tratamento? A fisioterapia pélvica é segura e eficaz aos sintomas de dor durante o ato sexual e estimula o auto empoderamento das mulheres?

### **1.2 Justificativa**

O estudo presente baseado em dados científicos apresenta importância e visa proporcionar consciência e benefícios no tratamento fisioterapêutico de mulheres com DPU apresentando vantagens através da fisioterapia com interesse em promover funcionalidade e liberdade à paciente para o prazer durante o ato sexual bem como, individualidade à paciente, autoestima, amor-próprio e qualidade de vida.

O entendimento da DPU feminina no atendimento fisioterapêutico tem o objetivo de promover cuidados eficazes e compassivos para melhora na qualidade de vida da mulher, bem como no prazer sexual. A problematização acerca do tema da DPU entre mulheres e escassez sobre o assunto, impulsionou o interesse em elaborar o presente estudo apresentando a importância do papel da fisioterapia na DPU baseando-se em artigos científicos e na literatura.

Segundo Binik (2005), o termo dispareunia foi criado por Barnes em 1874, definindo-se como uma relação sexual difícil ou dolorosa. Pasqualotto *et al.* (2005) relatam que 76% das mulheres possuem algum tipo de disfunção sexual e destacam o aumento no número de profissionais envolvidos no tratamento dessas condições. Esses profissionais devem ter conhecimento aprofundado da função sexual feminina, ser capazes de realizar uma avaliação inicial adequada e decidir por um tratamento seguro.

Relata North e Pickersgill (2005), que entre 10% e 15% das mulheres férteis sexualmente ativas relatam DPU, sendo relativamente maior do que os relatos de mulheres na pré ou pós menopausa, a dor pode surgir em diferentes locais anatômicos femininos e com isso a frequência de prática sexual da mulher diminui.

Para Latorre e Rosa (2023), é função do fisioterapeuta pélvico de lidar com as disfunções do AP e definir o tratamento adequado e eficiente para a paciente através do conhecimento sobre o funcionamento das estruturas do AP, bem como, as disfunções existentes. Latorre (2023) ainda relata que, a fisioterapia pélvica tem o padrão ouro para o tratamento de disfunção genitais dolorosas sendo papel exclusivamente do fisioterapeuta de solucionar o quadro algico referida pela paciente quanto à DPU. Infelizmente o conhecimento da população em geral quanto aos benefícios da fisioterapia pélvica no tratamento de disfunções genitais não são abordados e pouco conhecidos, porém, vale ressaltar que a fisioterapia pélvica é a ciência responsável pelo tratamento das disfunções cinesiológicas-funcionais do corpo humano (LATORRE; DIAS, 2021).

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Apresentar a eficácia das intervenções fisioterapêuticas no tratamento da dispareunia feminina.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Descrever a DPU sobre nova classificação etiológica;
- Discorrer sobre os termos científicos da dispareunia (Dor Gêrito Pélvica) e conceituá-la.

- Apresentar a importância do tratamento fisioterapêutico na reabilitação de pacientes com dor gênito pélvica sexuais femininas.

#### **1.4 Metodologia**

O presente trabalho constitui uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa, abordando a temática da dispareunia que impacta as mulheres. O objetivo é apresentar os sintomas associados ao tema, destacando a relevância da abordagem fisioterapêutica para o conteúdo em foco. Para conduzir a pesquisa bibliográfica, adotou-se o método de utilização de materiais concretos e já existentes. A leitura de artigos, revistas, livros e outros recursos disponíveis na internet foi realizado para proporcionar uma pesquisa planejada, enriquecedora e embasada em fontes atualizadas (BOTELHO; CRUZ, 2013).

Para a realização deste levantamento bibliográfico iniciaram as consultas, nos meses de agosto de 2023 a junho 2024, referências com base de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google acadêmico, Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica (RBFP), através da combinação dos seguintes descritores: Anatomia pélvica, saúde da mulher, dispareunia, dor sexual feminina, sexualidade e fisiologia humana. Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol publicados entre os anos de 2000 e 2023. Para desenvolvimento do trabalho os critérios utilizados serão tópicos relacionados a dispareunia sendo eles de importância do profissional fisioterapeuta.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Sexualidade feminina**

Segundo Gerin (2008), a presença de dor durante o ato sexual tem impacto negativo na sexualidade feminina, comprometendo a saúde e prática sexual causando insatisfação para mulher e gerando angústia, sofrimento e desprezo por não ter apoio para conversar sobre assuntos referentes à sexualidade e não ajudá-las a compreender seus corpos, pois os serviços de saúde públicos ofertados à sociedade gratuitamente como o Sistema Único de Saúde (SUS), não oferecem profissionais capacitados a atender o problema.

Ressalta Villela e Arilha (2003), que a sexualidade não se compreende unicamente ao ato sexual, mas em tudo aquilo que está relacionado ao prazer, incluindo fantasias e ideias que são influenciadas pela educação, cultura e religião de cada indivíduo, porém, quando há uma experiência de dor tem um impacto diferente, com modificação de graus e sofrimentos pessoais.

Outrossim, uma disfunção pode ser primária, caso coincida com o início da atividade sexual ou mesmo secundária se adquirida no decorrer da vida. Além disso, pode ser generalizada, quando estiver presente em qualquer circunstância, ou situacional, se for constada em apenas determinadas situações (MEIRELES, 2019).

Contudo, a dificuldade da mulher em entender sua dor no período inicial está relacionada à disfunção primária assim, quando a mulher possui a disfunção secundária adquirida ao longo do tempo está generalizada ocorrendo a todo ou raros momentos (MEIRELES, 2019).

Em muitas culturas, houve uma assimetria na educação sexual e nas discussões em torno da saúde sexual feminina. Isso pode ter levado a mulheres a ignorar, aceitar e normalizar a dor durante o sexo, contribuindo para um diagnóstico e tratamento tardio. Abordagens de assuntos referentes à sexualidade entre mulheres geralmente não são mencionados, principalmente quando se refere a necessidade sexual dentro do casamento (ARAUJO, 2001). Gerin (2008), relata na sua pesquisa a história de uma mulher que “Agradeceu a Deus” por estar



viúva aos 38 anos de idade e com isso não se submeter a práticas sexuais dentro do casamento. Não obstante, a mulher submetida a pesquisa tinha uma filha de 17 anos, cujo desejo de iniciar sua vida sexual foi desestimulado pelas repetidas alegações da mãe de que as relações sexuais eram ruins e dolorosas, que por consequência a fez se afastar da convivência com homens. (GERIN, 2008).

Percebe-se que a sexualidade humana é um processo fisiológico e possui integração com os sistemas somáticos, emocional, intelectual e social. A relação sexual com o prazer de gozo depende de uma sequência de respostas hormonais e fisiológicas chamada de Ciclo de Resposta Sexual Humana que é dividido em cinco fases: Desejo, excitação, platô, orgasmo e resolução (MARQUES *et al.* 2008).

Quando há perturbação de uma das fases ou presença de dor se caracteriza como uma disfunção sexual feminina (DSF), quando há disfunção na resposta sexual conseqüentemente a função sexual não tem o desempenho desejado com isso, desencadeia problemas multifatoriais. A DSF tem influência direta na funcionalidade geral da mulher pois tem impacto direto na função sexual e impossibilita a mulher de comunicar seus desejos e expectativas, a saúde emocional feminina tem ligação íntima à função sexual feminina, conforme relatado pelo autor, o interesse e a satisfação sexual estão relacionados à expressividade emocional, à autoestima das mulheres, aos sentimentos de depressão e solidão, bem como à função cognitiva delas (ANTÔNIO *et al.*, 2016).

## **2.2 Fase de Desejo e Excitação**

A fase do desejo tem ligação direta aos níveis hormonais da mulher para despertar a atividade sexual, os hormônios androgênio e testosterona são os responsáveis por ativar o desejo, sendo assim baixas nos níveis desses hormônios podem afetar na resposta sexual feminina. O aumento do hormônio da prolactina possui efeito inibitório sobre os hormônios foliculoestimulante (FSH) e luteinizante (LH) influenciando na diminuição da libido, onde a fase do desejo está vinculada. Conclui-se que, a diminuição da libido e desejo feminino possui influências excitatórias e inibitórias (FLEURY; ABDO, 2009).

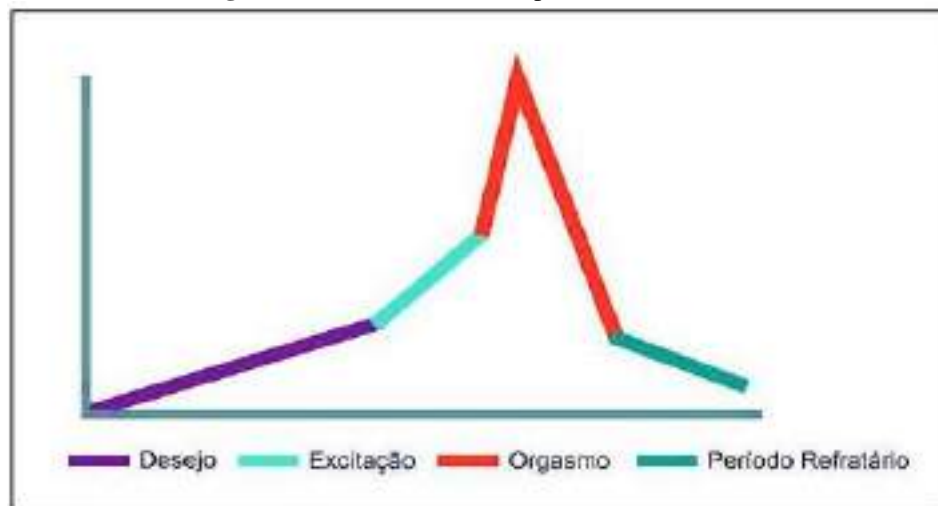
Gerin (2008), afirma que quando o desejo não está presente, há a sensação de dor o que leva à redução da excitação desencadeando a falta de lubrificação durante o ato sexual. Na fase de excitação há vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo na região íntima, perdurando por minutos a horas onde na mulher ocorre a lubrificação e alargamento da vagina (WALTON; THORTON, 2003) e, para a mulher é uma etapa crucial para atingir o clímax e o ápice do prazer na prática sexual.

Gerin (2008), relata que o Ciclo de Resposta Sexual Humana possui intervenções biológicas e psicológicas, pois quando a mulher não está receptiva para o ato sexual a fase do desejo não ocorre e em virtude disso não há excitação. A autora descreve que isso ocorre devido à falta de estimulação ou a ansiedade pela vivência de dor, gerando insatisfação emocional, física, ausência de lubrificação, insegurança, dor e sentimentos desconfortáveis.

### 2.3 Fase de Platô, Orgasmo e Resolução

A fase de platô é uma excitação prolongada, há um aumento da tensão sexual e os níveis de contração muscular, vaso congestão, miotomia, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória um sofrem aumento da resposta. Quando a tensão aumentada atinge seu ápice ocorre uma descarga de prazer e conseqüentemente relaxamento corporal, sendo a fase do orgasmo. Nesta fase, o orgasmo é definido como um prazer máximo da relação sexual sendo acompanhado por contrações rítmicas na região pélvica para atingir o ápice sexual. A resolução é a fase de bem-estar atingida após o orgasmo, ocorre relaxamento muscular, fadiga e estado torporoso (MARQUES, 2008). Ver figura 1.

**Figura 1-** Fases do ciclo de resposta sexual humana.



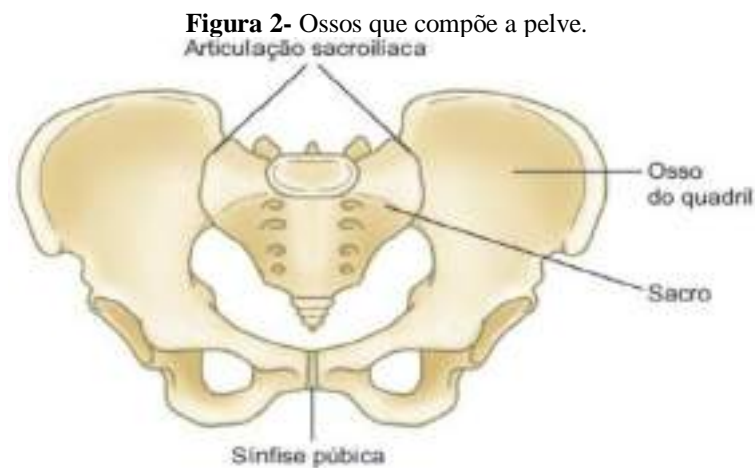
Fonte: Sexualidade Masculina (2021).

### 2.4 Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino

Para Conceição (2021), o conhecimento correto das disfunções pélvicas demanda o estudo de processos patofisiológicos envolvidos, assim como compreensão da anatomia pélvica e suas funções.

### 2.4.1 Sistema pélvico feminino

O sistema esquelético protege os órgãos internos e transfere o peso corporal do tronco e das extremidades superiores para as extremidades inferiores apoiando a estabilização dos músculos do tronco e das pernas. A pelve se encontra logo abaixo do abdômen e está limitada ao períneo região que se localiza entre as coxas, logo a pelve se divide em duas partes: região pélvica maior ou falsa sendo delimitada em seu ângulo posterior pelas vertebrae lombares, lateralmente pelas fossas ilíacas e anteriormente pela parede inferior abdominal. Já a pelve menor ou verdadeira é formada pelos ossos do sacro, púbis, ílio, ísquio e os ligamentos e músculos internos (SOARES; CALIXTO; OLIVEIRA, 2018). Ver figura 2 e 3.



**Fonte:** Baracho (2014, p. 34).

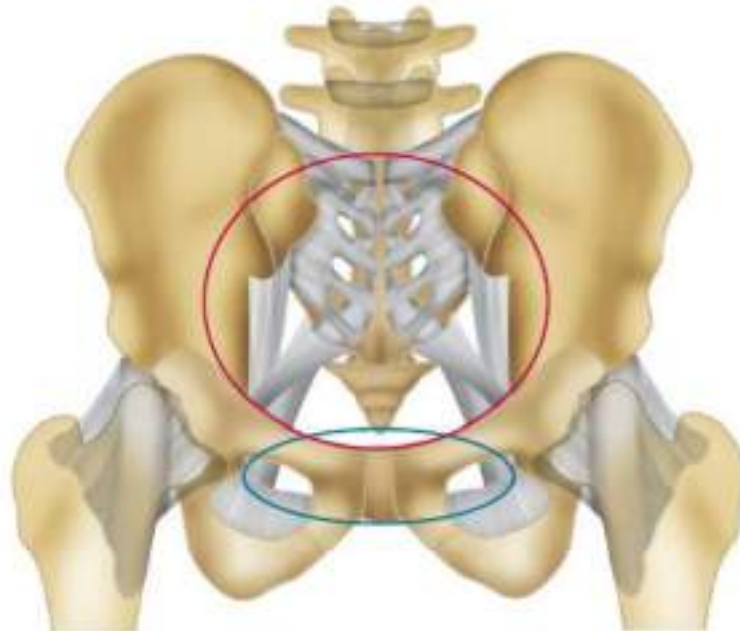
**Figura 3-** Anatomia da pelve vista lateral.



**Fonte:** Baracho (2014, p. 34).

Segundo Soares, Calixto e Oliveira (2018) há características que diferenciam a pelve do sexo feminino para a pelve do sexo masculino e são definidas quanto ao tamanho, peso, aberturas e ângulos. Isso se deve ao fato que o sistema reprodutor feminino é responsável por sustentar a produção dos gametas femininos, produção de progesterona e estrógeno e formação humana, formado pelos seguintes órgãos: Ovários, útero, tubas uterinas, vulva e vagina. O sistema reprodutor feminino assim como outros órgãos, possuem órgãos internos, externos, músculos e ligamentos que entre si que cooperam uniformemente (DUARTE, 2014). Ver figura 4.

**Figura 4-** Estreito superior e inferior da pelve.

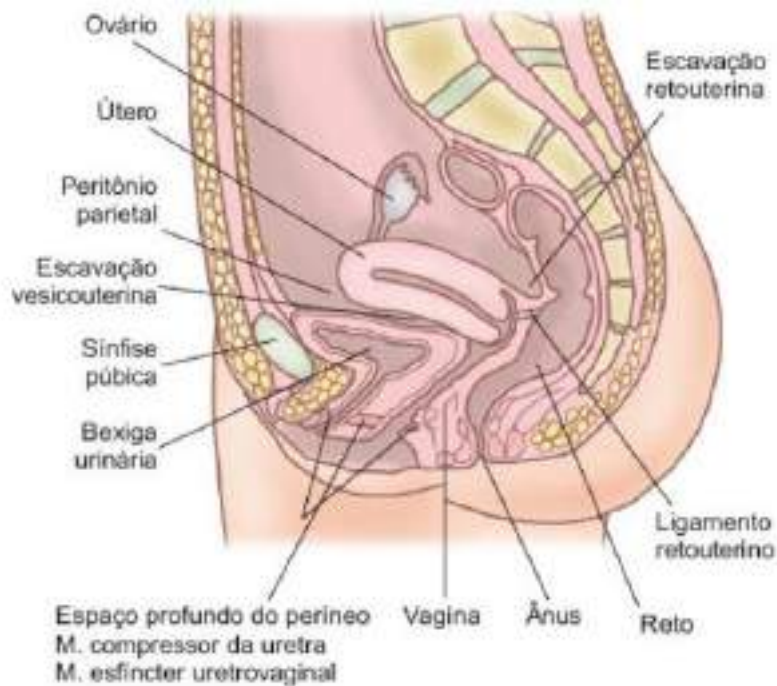


**Fonte:** Baracho (2014, p. 37).

#### 2.4.2 Sistema reprodutor feminino e órgãos genitais internos femininos

Os ovários são órgãos importantes no aparelho reprodutor feminino, tem formato de amendoado, possui cerca de 2 a 4 cm de comprimento e desempenham um papel primordial na produção de hormônios sexuais e na maturação dos óvulos onde são fecundados pelos espermatozoides permitindo reprodução humana. Cada mulher normalmente possui dois ovários, localizados na parte inferior do abdômen compostos por tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, células produtoras de hormônios e folículos ovarianos que são pequenas estruturas que contêm os óvulos em diferentes estágios de desenvolvimento. Os ovários são suspensos por uma prega peritoneal chamada mesovário, que é uma ramificação do ligamento maior do útero, o ligamento largo. Medialmente ao mesovário está o ligamento útero-ovárico, que liga o ovário ao útero (DUARTE, 2014). Ver figura 5.

**Figura 5-** Desenho esquemático da disposição do sistema genital feminino.

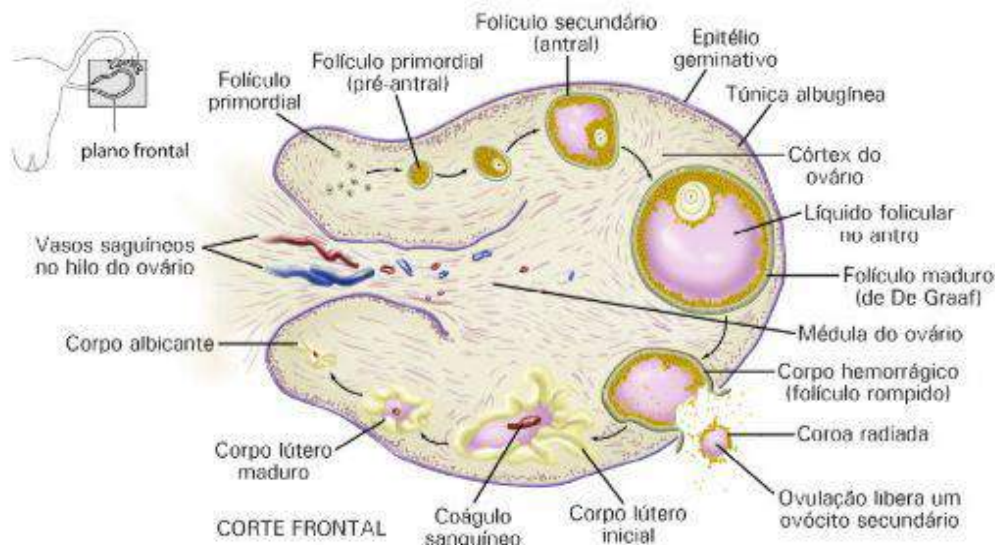


**Fonte:** Baracho (2014, p.39).

Os ovários produzem hormônios sexuais, incluindo estrogênio e progesterona. Esses hormônios, juntamente com o hormônio FSH e LH na adeno-hipófise, desempenham papéis fundamentais na regulação do ciclo menstrual, sustentação da gestação e permitem que as glândulas mamárias se preparem para a lactação. A inibina, um hormônio proteico também produzido pelos ovários, inibe a secreção de FSH da adeno-hipófise quando os ovários não respondem ao estímulo hormonal; a hipófise aumenta a produção de FSH para haver estímulos hormonais (TORTORA; DERRICKSON, 2002).

O ovário possui uma organização histológica, sendo elas: Uma camada externa (epitélio germinativo), cápsula esbranquiçada de tecido conjuntivo abaixo do epitélio (túnica albugínea), o córtex onde se encontra os diferentes estágios de desenvolvimento e regressão e a medula onde possui elementos vasculares, nervosos e fibras musculares lisas. Durante o ciclo menstrual, um óvulo é selecionado e amadurece dentro de um folículo, até ser liberado em um processo chamado ovulação. O óvulo liberado pode então ser fertilizado pelo espermatozoide e os óvulos, ou gametas femininos, são produzidos nos ovários; essas células são fundamentais para a reprodução, já que após a fertilização, o óvulo fertilizado pode se desenvolver em um embrião e, eventualmente, em um feto. (MARIEB, 2014). Ver figura 6.

**Figura 6-** Folículos ovarianos em estágios de desenvolvimento.



**Fonte:** Tortora e Derrickson (2002).

As trompas de falópio também chamadas de tubas uterinas, é formada por um par de estruturas do aparelho reprodutor feminino com cerca de 10 cm de comprimento, que une os ovários ao útero através do ligamento largo do útero, a trompa de falópio é uma trompa estreita que se estende desde a parte superior do útero até o ovário correspondente (Figura 4). A sua principal função é captar o óvulo libertado pelo ovário no decorrer da ovulação e conduzir para o útero. Além disso, também proporcionam um ambiente adequado para que a fertilização ocorra se um espermatozoide atingir o óvulo nas trompas (AIRES, 2012).

Para tanto, as trompas de falópio são compostas por camadas de tecido e músculos que permitem o movimento do óvulo e do espermatozoide, o processo de fertilização ocorre geralmente na ampola da trompa de falópio, onde o espermatozoide consegue atingir o óvulo e os seus núcleos se fundem para formar um zigoto, o primeiro passo no desenvolvimento de um embrião. Após a fertilização, o embrião começa a dividir-se à medida que viaja pela trompa até o útero, onde acabará por se fixar no revestimento do útero e continuar o seu desenvolvimento. Em suma, as trompas de Falópio são componentes essenciais do sistema reprodutor feminino, uma vez que desempenham um papel crucial na fertilização e no processo de gravidez (TORTORA; DERRICKSON, 2002).

O útero, também conhecido como matriz, é um órgão vital no sistema reprodutor feminino, desempenha um papel fundamental na gravidez, no desenvolvimento do feto e no ciclo menstrual. Situado entre a bexiga e o reto possui formato de pera invertida, o tamanho varia baseando-se com a fase reprodutiva da mulher, quando os níveis hormonais estão normais o útero tem proporção maior comparado à quando os níveis são baixos e se encontra menor

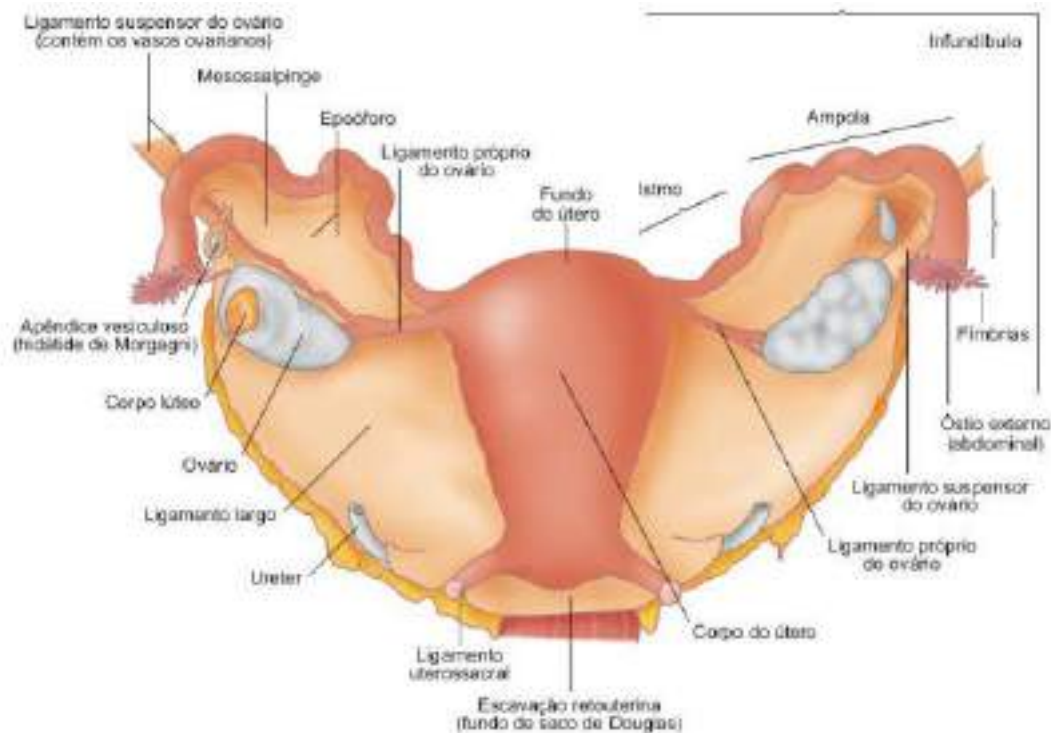
(atrofiado). Na sua morfologia é dividido em três regiões: O fundo do útero que tem forma de cúpula e se encontra na parte superior próximo às tubas uterinas, o corpo do útero que é uma região cônica que forma a cavidade uterina em seu interior chamada de istmo e o colo do útero onde é estreito e se localiza na parte inferior se abrindo para o interior da vagina (MARIEB, 2014).

Entre o corpo e o colo do útero localiza-se o istmo uterino, uma região de aproximadamente 1 cm de comprimento. A parte interna do corpo do útero é chamada de cavidade uterina, enquanto a porção interna do colo é conhecida como canal cervical. O canal cervical comunica-se com a cavidade uterina através do óstio interno e com a vagina através do óstio externo. (TORTORA; DERRICKSON, 2002).

O útero é o destino dos espermatozóides após a ejaculação masculina, os espermatozóides podem se mover através do colo do útero até o útero e, eventualmente, chegar às tubas uterinas para a fertilização do óvulo. À medida que o feto se desenvolve, o útero se expande de tamanho para acomodar o crescimento do bebê se expandindo gradualmente ao longo da gravidez para acomodar o aumento de volume do feto e do líquido amniótico. O útero desempenha um papel importante no ciclo menstrual, durante o ciclo, a parede interna do útero chamada endométrio engrossa em preparação para a possível gravidez, se não ocorrer a fertilização do óvulo, o endométrio é eliminado durante a menstruação e o processo começa novamente (AIRES, 2012).

Duarte (2014) ressalta que o útero é fixado dentro da cavidade pélvica por ligamentos, dentre eles: O ligamento largo que envolve o útero e o fixa na parede lateral da pelve, o ligamento redondo que se origina no útero passando pelo canal inguinal para se fixar nos lábios maiores da vulva e o ligamento útero-ovárico que fixa o ovário ao útero. Ver figura 7.

**Figura 7-** Proporções da tuba uterina e morfologia do útero.



**Fonte:** Baracho (2014, p. 41).

A vagina é um órgão tubular, de estrutura fibromuscular, possui 10 cm de comprimento e é constituído por diferentes tipos celulares que descamam continuamente. As células secretam substâncias responsáveis pela acidez do PH (Potencial de hidrogênio) vaginal através dos hormônios femininos, assim o PH tem alterações ao longo do desenvolvimento e do ciclo menstrual, favorecendo ou interferindo na motilidade dos espermatozoides e na predisposição para infecções, faz conexão através do tecido conjuntivo com a bexiga, ânus e o canal anal, ao mesmo tempo tem função condutora para o fluxo menstrual, espermatozoides e para o bebê no trabalho de parto. Em sua abertura inferior chamada de óstio da vagina há uma fina prega mucosa pouco vascularizada, chamada de hímen apresenta pouca vascularização e possui um rompimento após a primeira relação sexual ou movimentos abruptos (TORTORA; DERRICKSON, 2002).

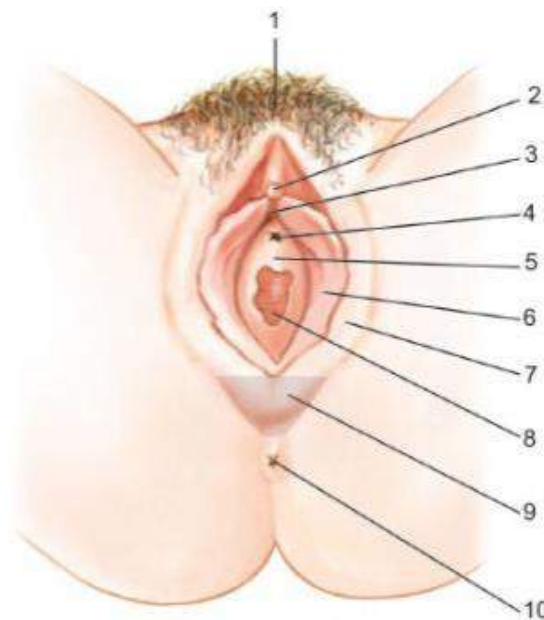
#### 2.4.3 Órgãos genitais externos femininos

Os órgãos externos do aparelho reprodutor feminino é um conjunto de estruturas denominado de pudendo ou vulva onde compreende o monte púbico, os lábios maiores e menores, óstio da vagina, óstio da uretra, vestíbulo da vagina, clitóris e o hímen como mostrado na figura 7 (JUNIOR, 2020).



O monte púbico é uma área elevada que se localiza anteriormente pelos grandes lábios formada por tecido adiposo recoberta por pele, nesta região ocorre crescimento de pelos espessos que se inicia na puberdade através da estimulação dos hormônios sexuais. Através do monte púbico se inicia a formação de duas grandes dobras cutâneas alongadas em direção posterior denominadas de grandes lábios ou lábios maiores, composta por tecido adiposo, glândulas sebáceas e sudoríparas recobertas por pele onde ocorre o crescimento de pelo na face externa e tem origem embriológica no escroto sendo considerada estruturas homólogas (MARIEB, 2014). Ver figura 8.

**Figura 8-** Vulva feminina. 1 – Monte púbico; 2 – Clítóris; 3- Frênulo do clítoris; 4 – Vestíbulo vaginal; 5- Óstio uretral externo; 6 – Lábios menores; 7- Lábios maiores; 8- Óstio externo da vagina; 9- Périneo; 10- Ânus.



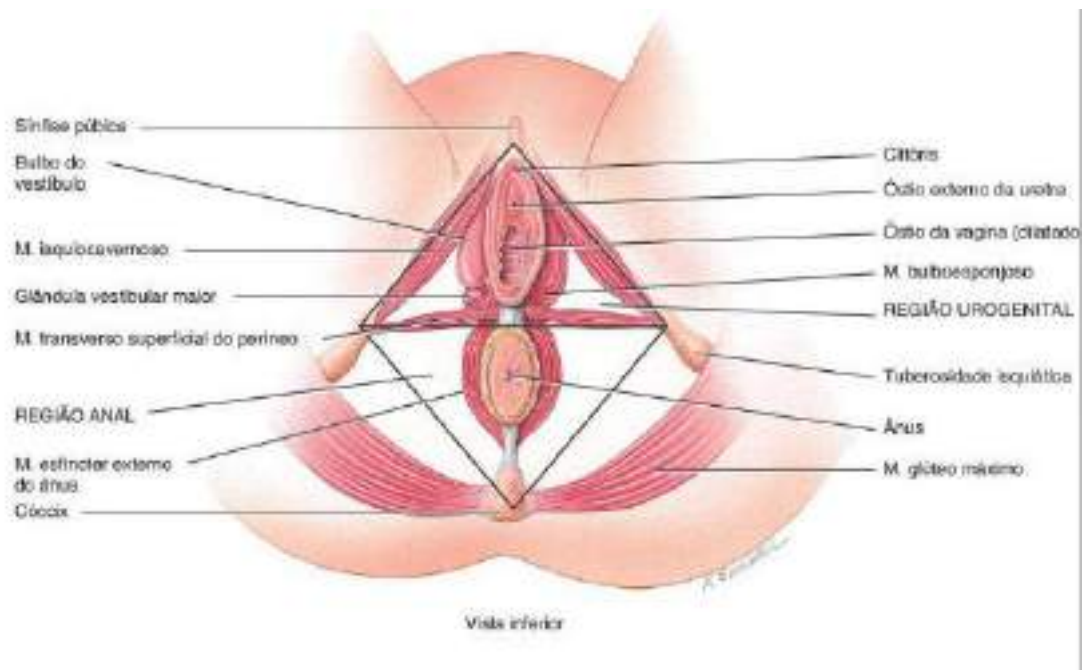
**Fonte:** Baracho (2014, p. 43).

Medialmente aos grandes lábios há dois pequenos lábios também definidos como lábios menores, formado pela prega cutânea rica em glândulas sebáceas que garantem característica úmida à região e não possui pelos. Entre os pequenos lábios encontra-se o vestíbulo da vagina que tem o abertura externa da uretra em sua porção anterior e abertura da vagina em sua porção posterior onde está localizado o hímen, as glândulas vestibulares secretam muco nessa região garantindo lubrificação vaginal durante o ato sexual, além disso na junção frontal dos grandes lábios há uma pequena projeção de tecido erétil de formato arredondado denominada de clítoris ricamente innervada e quando estimulada aumenta seu volume, desempenhando papel na excitação da mulher sendo uma parte exposta homóloga a glândula do pênis e não exposta homóloga ao corpo cavernoso peniano (JUNIOR, 2020).

Segundo Tortora e Derrickson (2002), os órgãos genitais externos estão localizados em uma região denominada de períneo localizada entre a sínfise púbica anteriormente, pelas tuberosidades isquiáticas lateralmente e posteriormente pelo cóccix (Figura 9), sendo dividido em região urogenital na parte anterior que possui os órgãos genitais externos e região trígono anal na parte posterior possuindo o ânus. Nesta região encontra-se os músculos formadores do assoalho pélvico (MAP) que exercem a função de sustentação para as estruturas da cavidade.

Silva e Silva (2003) afirma que os músculos, ligamentos e fáscias do assoalho pélvico sustentam as vísceras pélvicas, ajudando nas ações de órgãos externos femininos como uretra e vagina e garantindo auxílio na passagem de um feto durante o parto vaginal. Os MAP são definidos como uma “tipoia” de apoio elástico para as estruturas pélvicas e abdominais formada pelas estruturas: Peritônio, fáscia, gordura e músculos superficiais (Músculos bulboesponjoso, isquiocarvenoso e transversos perineais) e músculos profundos (Músculos levantadores do ânus e coccígeos). Ver figura 9.

**Figura 9-** Períneo de uma mulher.



Fonte: Tortora e Derrickson (2002).

## 2.5 A dispareunia segundo a nova classificação universal das dores genitais

A dor é o quadro principal de impacto negativo durante a relação sexual, sendo ela manifestada como uma sensação exacerbada ou cronificação mantida de modo contínua por longos períodos. Com isso, observa-se um impasse na saúde sexual principalmente na região pélvica onde é relatado dores genitais (LATORRE, 2021).

As disfunções do assoalho pélvico (DFC) possuem uma variedade de incógnitas que surgem nos músculos da região que não funcionam adequadamente, geralmente os distúrbios ocorrem no trato urinário, na função sexual e retal onde interferem na qualidade de vida da paciente sendo elas no âmbito social, psicológico, físico e econômico (ABREU; GOMES, 2023).

Nos últimos anos, houve um aumento no esclarecimento e entendimento da DPU. A medicina moderna, juntamente com avanços na psicologia, fisioterapia e na terapia sexual, ajudou a abordar essas questões. Além disso, movimentos de empoderamento feminino e a promoção de educação sexual aberta têm contribuído para que as mulheres busquem tratamento e falem mais abertamente sobre suas experiências. As mulheres têm buscado orientação sobre sexualidade, procurando ajuda e tentando mudar suas experiências pois sentem dificuldade em relacionamentos íntimos onde a maioria aponta medo de engravidar, sentimentos de frieza, dificuldades de expressar necessidades afetivas, dizer o que sentem e dar dicas de onde ser tocada no sexo (GOZZO *et al.*, 2000).

A fisioterapia baseada na saúde da mulher é amplamente reconhecida como a área especializada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional por avaliar, prevenir e promover saúde através de tratamentos fisioterapêuticos que visem tratar as disfunções cinesiofuncionais que envolvem a vida sexual da mulher, ciclo menstrual, climatério, desordens oncológicas e acompanhamento durante a gravidez e pós-parto, portanto, as DFC estão ligadas aos MAP. O AP é formado por ligamentos, fâscias e músculos que sustentam os órgãos reprodutivos, bexiga e reto, quando as estruturas não apresentam fraqueza muscular, disfunções, dores pélvicas, incontinências fecais e urinárias há um bom funcionamento das mesmas, porém quando há desordem das estruturas citadas as mesmas se apresentam comprometidas, contudo, os MAP e suas estruturas possuem importância na função sexual feminina, pois a função sexual tem significado à dor genital (ROCHA; MACIEIRA, 2023).

Na atualidade os estudos aprofundados na classificação universal das dores genitais apresentam o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) para explicar a DPU. O CID N94 é classificado por dor e outras disfunções associadas aos órgãos genitais femininos definindo o CID N94.1 como subclassificação para dispareunia onde explica que a DPU é uma dor sexual permitida na penetração mesmo que sendo ela dolorosa (LATORRE, 2021).

Segundo Latorre (2021), as dores genitais podem ser classificadas de acordo com o tempo, local e origem da dor sendo classificada por sua etiologia em dor genital do tipo 1 - dor muscular e dor genital do tipo 2 - dor conectiva. Logo, o autor relata que o termo dispareunia

tanto pela CID-10 quanto pela DSM-IV (Sistema Diagnóstico Estatístico de Classificação e Transtornos Mentais) se referia a qualquer dor do tipo sexual, onde Latorre (2021) declara que no posto de vista fisioterapêutico o termo é “confuso” pois existem diversos tipos de dores sexuais sendo confundido também com o termo vaginismo que se refere a incapacidade de penetração, seja ela através do órgão sexual masculino, absorvente interno ou qualquer tipo de penetração existente.

As disfunções do assoalho pélvico (DFC), tem sintomas associados à incontinência urinária (IU), dor pélvica, disfunção anorretal, disfunção sexual, anormalidades do trato urinário inferior e prolapso de órgãos pélvicos (POP), com isso a fisioterapia pélvica visa entender as estruturas acometidas e tratá-las (ABREU; GOMES, 2023). Logo, o entendimento acerca da DPU está relacionado não apenas a uma região álgica, e sim em várias regiões que se estendem através da palpação de pontos álgicos ou ao longo do tratamento fisioterapêutico onde é relatado pela paciente a extensão da dor, por fim, a algia na região pode se estender para região clitoridínia, vestibulodínia, hímenidínia e outras definições para dor (LATORRE, 2021).

Segundo a nova classificação etiológica e funcional das dores genitais realizada com base nos códigos de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o planejamento clínico pode ser realizado através da nova classificação etiológica de dor genital pois o termo dispareunia é considerado “Confuso” uma vez que a dor está relacionada a todo perímetro pélvico. Logo, para identificação álgica a dor deve ser classificada por causa muscular ou conectiva, sendo elas, chamadas de dor genital do tipo 1 - dor genital de origem muscular onde traz a reflexão de examinar a disfunção do assoalho pélvico em sua morfologia e estrutura muscular ou dor do tipo 2 - dor genital de origem conectiva além de mostrar a disfunção do assoalho pélvico busca entender quais os ligamentos e fâscias atingidos (LATORRE, 2021).

Desse modo, o diagnóstico é caracterizado de acordo com o padrão de dor, portanto, segundo estudos, Latorre (2022), relata que essas técnicas específicas que incluem o tratamento de desordens musculares sejam elas contraturas, e técnicas de liberação conectivas para fibroses e aderências “Resolvem” o problema clínico. Segundo Latorre (2021), quando a paciente busca o tratamento a mesma visa permanecer com a relação sexual ativa durante o tratamento, logo o fisioterapeuta deve buscar solucionar a algia e inflamação relatada pela mesma visando o tratamento do perímetro pélvico, focando na estrutura do assoalho pélvico, músculos, ligamentos e fâscias interligadas.

A função sexual feminina envolve uma gama de fatores físicos, psicológicos e hormonais já que tem papel na função e prazer sexual. Quando os MAP estão fracos ou

descoordenados causam problemas como diminuição do desejo sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e dor na relação sexual. O tratamento fisioterapêutico com eficiência pode ajudar as mulheres a fortalecer os MAP e diminuir a algia do perímetro pélvico diminuindo a dor gênito pélvica (ROCHA; MACIEIRA, 2023).

## **2.6 Avaliação fisioterapêutica**

A abordagem fisioterapêutica deve ser realizada a partir da identificação de queixas da paciente, avaliação do AP e estruturas anexas, através do exame físico onde são identificadas alterações anatômicas, fatores psicológicos, lubrificação inadequada e causas infecciosas. Na avaliação fisioterapêutica deve ser solicitada à paciente informações baseadas no ciclo de resposta sexual, sendo elas: Nível de desejo, excitação, lubrificação, presença de dor e quais os sentimentos envolvidos quando não se alcança o orgasmo (LATORRE *et al.*, 2015).

De acordo com a CIF, o tratamento para disfunções relacionadas ao desejo feminino e dores genitais devem seguir os conhecimentos cinesiofisiológicos, neste caso à pacientes que relatam dores gênito pélvicas, deve ser realizada a avaliação funcional dos músculos do AP para verificar se há contração e relaxamento da estrutura identificando se têm funcionalidade ou disfunção partir deste conceito, o fisioterapeuta analisa a falha funcional que causa a dor gênito pélvica e sua qual classificação etiológica (LATORRE; ROSA, 2023).

### **2.6.1 Exame físico**

O diagnóstico cinesiológico-funcional fisioterapêutico é realizado através palpação vaginal é um procedimento realizado por dígito pressão para avaliação dos MAP, sendo uma técnica invasiva, de baixo custo e permitida pelas mulheres. Realizado com a paciente deitada em decúbito dorsal com a posição do quadril e joelhos levemente fletidos e abduzidos com pés apoiados, sendo realizado a avaliação estática com o afastamento dos pequenos lábios vaginais verificar se há presença de cicatrizes, dermatite com recorrência de incontinência urinária, secreção vaginal e umidade sendo solicitado à paciente a realização da manobra de valsava (força de evacuação ao tossir), sendo observado se há sinais de fechamento caudal (Projeção de MAP para fora) ou cranial (Projeção de MAP para dentro), observando se a paciente possui instabilidade relacionados à parede abdominal. Com isso, deve ser ensinada a paciente a forma correta da contração do assoalho pélvico: Relaxamento do corpo, concentração para região pélvica e “segurar”, simulando a contração de gases logo, soltando os músculos para relaxamento novamente (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021).

O autor Kegel considerado o pai da fisioterapia pélvica, utilizava a pressão muscular perineal para ensinar as pacientes o funcionamento correto da região pélvica, assim define-se como a capacidade do músculo de desenvolver tensão, seja em esforço máximo, dinâmico ou estático (CORREGGIO *et al.*, 2010).

Mais tarde uma fisioterapeuta pélvica em treinamento e experiência aplicou a escala de Oxford modificada e solicitou para que as pacientes fizessem a contração dos MAP baseando os graus de forças conforme mostra o quadro 1 para avaliação dinâmica dos músculos do assoalho pélvico (SANCHES *et al.*, 2010).

Entretanto, na inspeção estática, é realizando o toque bidigital ou unidigital onde a paciente geralmente relata algia, ardência ou desconforto durante a avaliação. Com os dedos em posição horizontal, é realizado a palpação das paredes vaginais laterais verificando se há presença de rigidez muscular ao toque, durante a palpação vaginal, deve ser realizado novamente o pedido de contração pélvica, porém, dessa vez, sem contração de glúteos, coxas e abdômen sem interferir no movimento respiratório (ASSIS; SILVA; MARTINS, 2021). Ver tabela 1.

**Tabela 1:** Escala de Oxford Modificada.

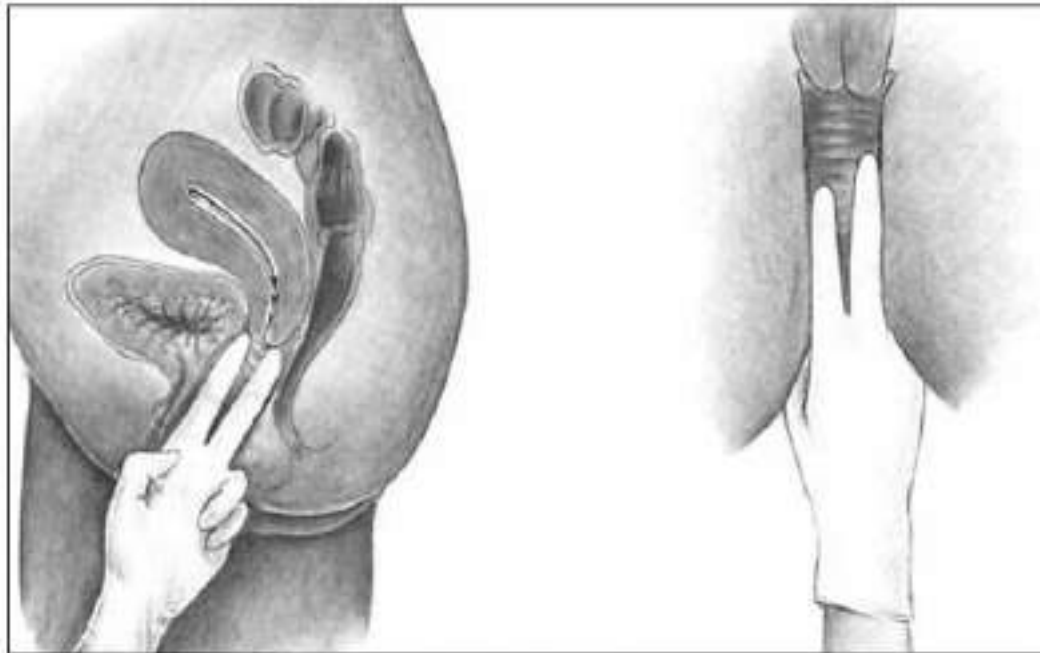
| <b>GRAU</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>  |
|-------------|---|
| GRAU 0      | Inexistência de contração dos músculos perineais  |
| GRAU I      | Pouca contração muscular não sustentada   |
| GRAU II     | Existência de contração com pouca intensidade, porém sustentada   |
| GRAU III    | Contração notada, com aumento da pressão intravaginal que comprimindo e os dedos do fisioterapeuta com pouca elevação da parede vaginal posterior |
| GRAU IV     | Contração aceitável, nota-se a pressão nos dedos do fisioterapeuta com elevação da sínfise púbica   |
| GRAU V      | Contração firme, compressão dos dedos do fisioterapeuta com movimento garantido em relação à sínfise púbica                                       |

**Fonte:** Batista *et al.* (2017).

O exame físico de avaliação perineal baseado na escala de Oxford modificada visa graduar a força de contração muscular perineal da paciente, sendo realizada com a paciente em decúbito dorsal, posição do quadril e joelhos levemente fletidos e abduzidos com pés apoiados onde pede-se à paciente para realizar uma contração pélvica com a palpação digital do fisioterapeuta no canal vaginal, a partir do movimento realizado pela paciente o fisioterapeuta irá identificar o grau de força realizada de zero (Nenhuma contração visível) à cinco (Contração e elevação dos dedos do examinador) levando à investigação da dor álgica (MARTINS; BERLEZI; DREHER, 2016).

Contudo, a avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico através da palpação digital pode ser realizada também através do escore de AFA (Avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico pela palpção digital), neste caso a avaliação é realizada com a paciente em posição ginecológica orientada a realizar contração muscular sem os dedos do examinador no canal vaginal e repete-se o processo com os dedos indicadores e médios introduzidos na vagina. Sendo assim definindo e classificando a força muscular em cinco categorias: Grau 0 – Ausência de contração perineal; Grau 1- Contração reconhecível à palpção, Grau 2 – Contração enfraquecida, Grau 3 – Contração presente sem resistência à palpção, Grau 4 – Contração existente com permanência de cinco segundo à palpção e Grau 5 – Contração presente mantida por mais de cinco segundos à palpção (CORREGGIO *et al.*, 2010). Ver figura 10.

**Figura 10-** Palpção vaginal.



**Fonte:** Reis *et al.* (2011).

### 2.6.2 Perineometria

Na avaliação do AP o uso do perioneômetro pode ajudar na avaliação verificando se há aumento da pressão intravaginal durante a contração dos MAP, a perineometria é a monitorização do sinal quanto à pressão da musculatura no AP por meio de uma sonda vaginal onde é posicionado na vagina entre a área do músculo levantador do ânus e mensura a força da musculatura que envolve o períneo. O dispositivo armazena digitalmente as contrações

musculares do AP e demonstra graus de força através de sinais visuais conforme demonstra o quadro 2 e figura 9 (MAGNO *et al.*, 2011).

Arnold Kegel, autor que contribuiu para grandes avanços dentro da fisioterapia pélvica, foi um dos pioneiros a identificar dados através da perineometria com medição da pressão intravaginal captada em milímetros de mercúrio onde são apresentados os graus de forças dos MAP. O perineometro é um aparelho simples, pouco invasivo e de baixo custo sendo considerado um método confiável para medir a força e resistência dos MAP oferecendo dados objetivos quanto à avaliação clínica (ANGELO, 2017). Ver tabela 2.

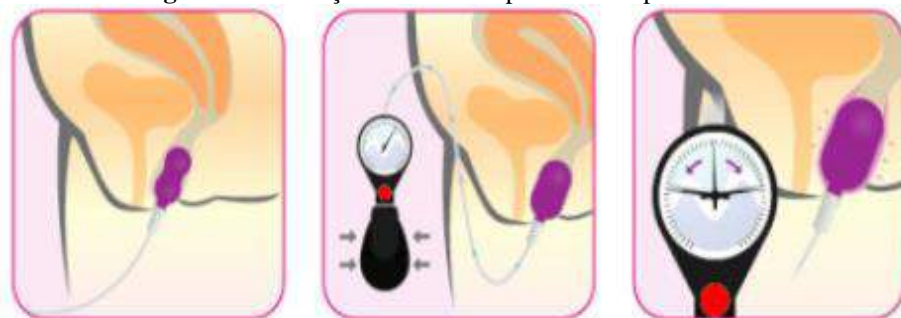
**Tabela 2:** Tabela de avaliação da força do assoalho pélvico pela perineometria.

| GRAU | SCORE (mmHg) | DESCRIÇÃO  |
|------|--------------|--|
| 0    | 0            | Inexistência de registro de contração.                     |
| 1    | 1,6 a 16,0   | Contração suave.   |
| 2    | 17,6 a 32,0  | Contração com pouca intensidade, não sustentada por 6 seg. |
| 3    | 33,6 a 46,2  | Contração firme, sustentada por 6 seg.                     |

**Fonte:** Magno *et al.* (2011).

Para graduar deve ser realizado a avaliação perineométrica seguindo os seguintes passos: 1- Zerar o nível e pressão em milímetros de mercúrio; 2- Envolver a sonda com preservativo descartável sem lubrificante; 3- Lubrificar o preservativo com lubrificante em gel; 4 – Posicionar a sonda na vagina por cerca de três a quatro centímetros; 5 – Pedir à mulher o relaxamento do AP; 6 – Solicitar contração mantida por máximo possível por 3 vezes com intervalo de 15 segundos; 7 – Permanecer com a sonda na vagina durante as mensurações; 8 – Registrar e analisar a maior força realizada do AP e 9- Descanso e retirada de sonda vaginal. Logo, seguindo os passos acima citados a avaliação clínica alcançará diagnóstico preciso (RIESCO *et al.*, 2010). Ver figura 11.

**Figura 11-**Avaliação do assoalho pélvico com perineometria.



**Fonte:** Santana (2021).



## 2.7 Tratamento fisioterapêutico

Conclui-se que o tratamento fisioterapêutico na DPU atualmente derrubada pelo termo técnico de dor gênito pélvica dividida em dor genital de origem muscular e dor genital de origem conectiva visa promover a qualidade de vida, proporcionar relaxamento à paciente, controlar a ansiedade, desenvolver a consciência corporal, manter a saúde sexual e favorecer o prazer durante o ato sexual (LATORRE, 2021). A dor genital de origem muscular e conectiva é um problema influenciado por diversos fatores, como históricos, sociais, psicológicos e físicos, a compreensão e o tratamento adequado demandam uma abordagem holística que leve em consideração todos esses aspectos, buscando aprimorar a saúde sexual e o bem-estar da mulher, compreendendo sua individualidade, riscos e benefícios (MATTHES, 2019). No contexto do tratamento fisioterapêutico, os objetivos incluem a busca por analgesia, o retorno de função, a melhoria da vascularização, o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP), a promoção da lubrificação e a restauração da função intravaginal (DIAS; LATORRE, 2021).

### 2.7.1 Exercícios de fortalecimento dos MAP

O ginecologista americano Arnold Kegel desenvolveu em 1940 uma sequência de exercícios focados na contração voluntária dos MAP. Os exercícios de fortalecimento dos MAP através de comandos por voz do fisioterapeuta para contração voluntária e relaxamento da musculatura visam promover conscientização e propriocepção da região íntima consequentemente, melhora a recepção e algias durante a relação sexual, obtêm uma resposta de satisfação relatada pela paciente em relação ao prazer e disfunção da excitação e orgasmo. Os MAP têm importância na vascularização da região geniturinária, possuem sensibilidade clitoridiana e promovem lubrificação e excitação da região pélvica, quando há falha nos MAP, eles influenciam na algia local referida pela paciente. Portanto, quando a paciente possui nível de força perineal ao nível de zero a quatro segundo a escala de Oxford, o protocolo de TMAP (Treinamento dos músculos do assoalho pélvico) deve ser realizado (DIAS; LATORRE, 2021).

O treinamento dos MAP baseado nas diretrizes de programas e exercícios devem ser adaptados às pacientes que possuem quadro de dor gênito pélvica, sendo a realizado ao início os alongamentos de membros inferiores, coluna lombar e mobilização pélvica realizando-se antroversão, retroversão e inclinação pélvica. Com isso, deve ser enfatizado à paciente nas primeiras sessões além dos exercícios, o conhecimento da anatomia do AP visando ofertar fichas e pranchas anatômicas, e ressaltar a importância da manutenção dos exercícios de fortalecimento dos MAP para prevenção de disfunções pélvicas. O começo do programa de

fortalecimento dos MAP é realizado com a paciente em decúbito dorsal e pernas semi - abduzidas para introdução da palpção vaginal do fisioterapeuta. Logo, deve ser realizado o comando de voz do fisioterapeuta para contração do AP, enquanto o fisioterapeuta está posicionado com os dedos indicadores e médio no canal vaginal avaliando a mesma através do comando de contração e relaxamento dos MAP (ASSIS *et al.*, 2013).

Ao realizar o treinamento dos MAP, as séries de contrações e repouso devem crescer gradualmente conforme o avanço da paciente, por exemplo, ao protocolo de primeira sessão, sob instrução verbal do fisioterapeuta deve ser realizado três series de oito a dez contrações mantidas por oito ou dez segundos, conforme a sustentação máxima da paciente, com intervalos de 10 segundos. Posteriormente, na segunda sessão ocorre o aumento de contrações máximas mantidas, por exemplo, de doze a dezesseis contrações com esforço máximo da paciente sustentada por vinte segundos e relaxamento de vinte segundos encorajando a paciente de realizar o TMAP sob acompanhamento fisioterapêutico com frequência semanal para fortalecimento do perímetro pélvico, alívio de algias e melhora da função sexual (DANTAS *et al.*, 2022).

### 2.7.2 Terapia Manual

A terapia manual com técnicas de massagem perineal tem o objetivo de tratar as aderências cicatriciais onde é realizado alongamentos, trações musculares, liberação com dígito pressão e deslizamento na região de pontos gatilhos promovendo alívio de dor, dessensibilização, relaxamento dos MAP, flexibilidade muscular, aumento de circulação sanguínea e retorno linfático. Contudo, se torna efetiva para normalização de tônus muscular com ações reflexas e mecânicas incluindo massagem longitudinal, transversa e compressiva (DELGADO; FERREIRA; SOUSA, 2014).

É uma técnica terapêutica aplicada ao tecido muscular vaginal no intuito de oferecer alívio de tensões e retirada de pontos gatilhos, com o toque manual e mobilização dos tecidos moles ocorre a quebra das conexões de colágenos e aderências que geram algias e disfunção onde auxilia no recrutamento muscular, regularidade de tônus e vascularização no perímetro pélvico. Segundo Wolpe *et al.*, (2016), a técnica oferece melhora na diminuição de dor, auxilia na regularidade do orgasmo, desejo e excitação pois quando realizada atua no relaxamento dos MAP (TRINDADE; LUZES, 2017).

Após investigação do diagnóstico clínico segundo a queixa principal da paciente, deve ser realizado um mapeamento de pontos musculares álgicos, em cada ponto gatilho realizar a marcação da área específica onde gerou a dor através da ficha de avaliação cinesiológica

funcional (Figura 12). Com esses parâmetros, a dor específica em “agulhada” se refere ao diagnóstico clínico para dor muscular, geralmente, a dor é percebida pela paciente quando o fisioterapeuta pressiona através da palpação uma região muscular, se houver dor, considera-se como diagnóstico cinesiológico funcional fechado para dor genital do tipo 1 – Origem muscular, logo, é realizada liberação do ponto algico referido por dígito pressão sustentada em alguns segundos até a paciente relatar alívio. No entanto, a dor relatada pela sensação de beliscão ou sensação de “rasgar”, se refere a dor conectiva, pois na região vestibular, anel pericervical uterino e zona do ligamento largo existem fibroses conectivas que por sua vez se apresentam esbranquiçados mostrando que no local não há circulação sanguínea suficiente, assim, surgindo as aderências, para o diagnóstico funcional ser fechado como conectivo, o fisioterapeuta deve realizar a tração do tecido na região que é identificado possível suspeita, se houver dor, considera-se como diagnóstico cinesiológico funcional fechado para dor genital do tipo 2 – Origem conectiva sendo realizado o protocolo de liberação miofascial para dor pélvica conectiva (LATORRE *et al.*, 2022).

Por conseguinte, o fisioterapeuta com esclarecimento de técnicas miofasciais na região pélvica deve iniciar o protocolo segundo cada tipo de dor. O protocolo para liberação miofascial para dores musculares do tipo 1 também chamado de protocolo de liberação intracavitária progressiva sendo realizado três técnicas: 1 – Liberação de pontos gatilhos; 2 – Terapia manual de massagem; 3 – Alongamentos manuais progressivos. Para o protocolo de dores pélvicas conectivas do tipo 2 também chamado de protocolo de seis manobras miofasciais conectivas é realizado seis manobras de liberação por sessão, conforme a progressão da paciente: 1- Pequenos alongamentos da pele e da fáscia em sequência progressiva; 2- Movimentos circulares de descolamento dos tecidos conectivos; 3- Deslocamentos transversais dos tecidos conectivos; 4- Deslocamentos em cisalhamento dos tecidos conectivos; 5- Movimentos de descolamento por mini rotações dos tecidos conectivos e 6- Alongamentos progressivos dos músculos e da fáscia. As técnicas devem ser realizadas conforme o limite de dor sustentada pela paciente, as sessões devem ser limitadas pelo fisioterapeuta responsável sendo responsável pelo tratamento e melhoria funcional do perímetro pélvico (LATORRE *et al.*, 2022). Ver anexo A.

### 2.7.3 Cones vaginais

Os cones vaginais promovem ganho de força, ADM (Amplitude de Movimento) e resistência muscular pois recrutam as fibras musculares pubococcígeo e ajudam no sistema periférico da região. Possuem forma e volume onde o peso varia de 20 a 100g através dos cones colocados no canal vaginal são realizados exercícios de fortalecimento dos MAP com contração

voluntária e relaxamento com pausas coordenadas pelo fisioterapeuta, ensinando à paciente a contração correta dos MAP por meio dos pesos de cones vaginais variando o seu tamanho. Quanto maior o peso, maior a percepção e conscientização efetiva na contração do assoalho pélvico (SANTANA, 2021). Ver figura 12.

O uso de cone vaginal para tratamento em paciente com dor gênito pélvica de origem muscular ou conectiva, irão auxiliar no fortalecimento dos MAP bem como, ajudar na reeducação perineal. Pois segundo a Sociedade Brasileira de Urologia de 2006, os cones recrutam fibras do tipo I que possuem contração lenta e fibras do tipo II que possuem contração rápida onde fornece retorno funcional de propriocepção da musculatura do AP, obtendo aumento de força perineal (SILVA, 2011).

Os cones vaginais geralmente possuem diferentes cores, onde cada cor representa um peso em gramas, logo para início do programa de tratamento deve ser utilizado inicialmente o peso suportado pela paciente, seguindo assim progressivamente de acordo com os avanços suportados, por exemplo, em primeiro caso cone rosa de 20g, segundo caso amarelo de 32g com progressão ao cone branco de 45g (SILVA, 2011). Ver figura 12.

**Figura 12-**Cone no canal vaginal.



**Fonte:** Santana (2021).

#### 2.7.4 Biofeedback perineal através da EMG (Eletromiografia)

O *Biofeedback* é um aparelho que visa tratar as disfunções neuromusculares, são colocados eletrodos na região perineal onde mede, avalia e trata o assoalho pélvico através do efeito modulatório e comandos verbais do fisioterapeuta. Sua aplicação é intravaginal por sonda exclusiva permitindo propriocepção e identificação muscular através da sua tecnologia apresenta dados gráficos ao fisioterapeuta e ao paciente, informando as disfunções dos MAP e monitorando a força e tonificação da musculatura (SANTANA, 2021). Ver figura 13.

O aparelho permite que a paciente coordene a função perineal de forma alternada, a partir de uma sequência de exercícios por comando de voz do fisioterapeuta, com demanda progressiva, sob trabalho de autocontrole mostra o potencial de melhora positiva na recuperação da função sexual para mulheres que possuem algias relacionadas a dor durante a penetração vaginal, o BF possui efeitos visuais e sonoros que avaliam e diagnosticam as disfunções (BARRONCAS; QUEIROZ, 2023).

Araújo (2021), relata que o BF apresenta dessensibilização perineal, ajudando a reduzir o ciclo de algias referidas durante a penetração. Ao contrair os MAP por meio da sonda e eletrodos os valores numéricos são captados, digitalizados e computadorizados sendo demonstrado de forma gráfica a força produzida durante a sessão para a paciente. Ver figura 13.

**Figura 13-** Aplicação do Biofeedback.



Fonte: IBRAMED (2023).

A dificuldade no treino dos MAP é ajudar a paciente a entender o exercício correto ao contrair, se está recrutando as fibras musculares corretas e se há contração suficiente e relaxamento por completo. O significado do BF é fornecer retorno biológico de forma visual através dos dados demonstrados na tela do computador ou pela “antena” que se move. Por outro lado, no efeito sonoro pela vibração na pele ou “bip” quando os músculos relaxam e contraem demonstram que é uma escolha assertiva em tempo real para o tratamento de dor gênito pélvica, sendo ela de origem muscular ou conectiva (LATORRE, 2023).

Existem quatro tipos de *biofeedback*, sendo eles: 1 – Visual direto: Espelho posicionado ao relaxar e contrair os MAP em tempo real; 2 – Mecânico analógico: Caracterizado pela “antena” ou sonda *pelvifit trainer* (Ver figura 15), que quando posicionada na vagina permite o acompanhamento da subina durante a contração e descida durante o relaxamento dos MAP; 3- Mecânico eletrônico: É posicionado um balão onde o MAP contrai e o gráfico na tela do computador levanta uma luz mostrando a contração do AP e 4- Eletrônico eletromiográfico:

São colados eletrodos na superfície do períneo ou intracavitários no canal vaginal e anal e os mesmos durante a contração e relaxamento demonstra através do gráfico qual o grau de sustentação e repouso do paciente (LATORRE, 2023). Ver figura 14.

**Figura 14-** Aparelho de Biofeedback.



**Fonte:** Latorre (2023).

Segundo Batista (2011), estudos apontaram eficácia no tratamento de DSF com o uso de BF, a autora relata que através de um grupo de estudos com mulheres indicou melhora no desempenho e atividade sexual a partir de três sessões onde é realizado uma vez por semana, ativando estímulos musculares através de sinais eletromiográficos onde possibilitou melhoras de algias relacionadas durante ao movimento sexual da mulher com seu parceiro. Ver figura 15 e 16.

**Figura 15-** Demonstração de introdução de sonda com preservativo.



**Fonte:** Baracho (2014, p.443).

**Figura 16-** Sonda acoplada na vagina por completo sem dor.



**Fonte:** Baracho (2014, p.444).

O uso do *biofeedback* é contraindicado para treinamento de força dos MAP, porém indicado para treinamento do controle motor, coordenação motora e monitorização do treinamento funcional. Logo, o BF pode ser uma técnica que conciliada junto aos cones vaginais garantem que a contração tenha eficácia ocorrendo fortalecimento gradualmente (LATORRE, 2023).

Quando introduzida a sonda o preservativo deve ser não lubrificado, assim sendo não alterará a qualidade do látex. Para não causar dor, deve ser colocado um pouco de gel lubrificante na ponta da sonda com o preservativo pois a introdução não pode causar dor. “Ao colocar a sonda no canal vaginal, o ajuste deve ser em torno de 3,5 cm no interior da vagina sendo colocada de forma lenta esperando em torno de 1 a 2 minutos para iniciar a avaliação” (BARACHO, 2014, p. 443 e 444).

Uma parte muito importante de qualquer programa de exercícios para o assoalho pélvico é trabalhar a coordenação do assoalho pélvico ou o controle dos movimentos. Isso porque os músculos que conseguem relaxar bem, serão mais eficazes no treino de força porque conseguem lidar melhor com as forças que serão utilizadas nestes treinos. Em outras palavras, um MAP bem coordenado produzirá um treinamento hipertrófico (de fortalecimento) muito rapidamente, ou seja, será muito forte em muito pouco tempo se o treinamento coordenado for concluído com sucesso. O treinamento com BF permite maior controle sobre o movimento e o padrão de contração muscular, bem como seu tempo. Além disso, permite um treinamento eficaz de relaxamento muscular, já que algumas mulheres muitas vezes têm consciência de que estão contraindo, mas não relaxando, os MAP. A importância do conforto reside na excelente eficácia do treino de força que se segue (LATORRE, 2023). Ver figura 17.

**Figura 17-** PelveFit trainer.



**Fonte:** Latorre (2023).

Hill e Alappattu (2017) e Perez (2018) constataram que o monitoramento do BF, além de otimizar o tempo efetivo de cada atendimento, também apoia o comportamento dos fisioterapeutas, melhorando assim o tratamento dos pacientes em fisioterapia. número de sessões será reduzido. Quando o paciente tensiona o MAP sob a sonda ou eletrodo, o valor da pressão aplicada é digitalizado e computadorizado. Aparecerá um gráfico mostrando a força gerada pela contração em tempo real.

A contração adequada é tão importante, senão mais, que a força muscular. Chiang (2021) afirma que a combinação de TAMP e *biofeedback* poderia teoricamente corrigir tanto a hipertonia quanto o fraco relaxamento muscular AP. Dessa forma, o trabalho na região do AP pode ser ampliado porque todo o ciclo contrátil pode ser monitorado, desde a contração até o relaxamento e nova contração.

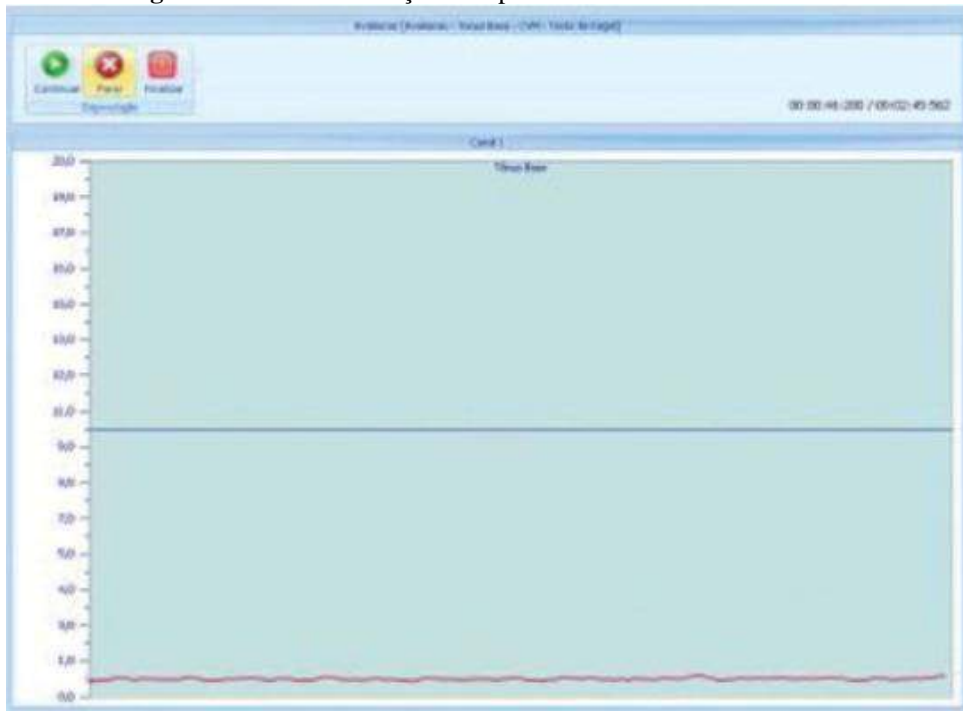
O BF é utilizado na reabilitação dos MAP para ensinar o controle voluntário desse distúrbio, ensinando exercícios usados para fortalecer o sistema e melhorar a coordenação motora do assoalho pélvico. É importante ressaltar que o treinamento com *biofeedback* não fortalece diretamente os músculos, como qualquer outro músculo do corpo, para ser efetivamente fortalecido, o treino deve ser realizado com carga (peso), ou seja, bimanual (com as mãos do terapeuta sejam elas resistentes à contração) ou pelas bolas da genitália feminina. A função do BF e da eletroterapia é ensinar contrações às mulheres que não conseguem contrair os MAP adequadamente, e não os fortalecer. Quase não há contra-indicações, este método é agradável e não causa desconforto (LATORRE, 2023).

Desse modo, a avaliação para o uso de *Biofeedback* deve ser baseado em repouso inicial, contração voluntária máxima, platô de sustentação em pelo menos 10s e recuperação ao final (repouso). “Através dessa avaliação, a meta de tratamento pode ser definida com base na



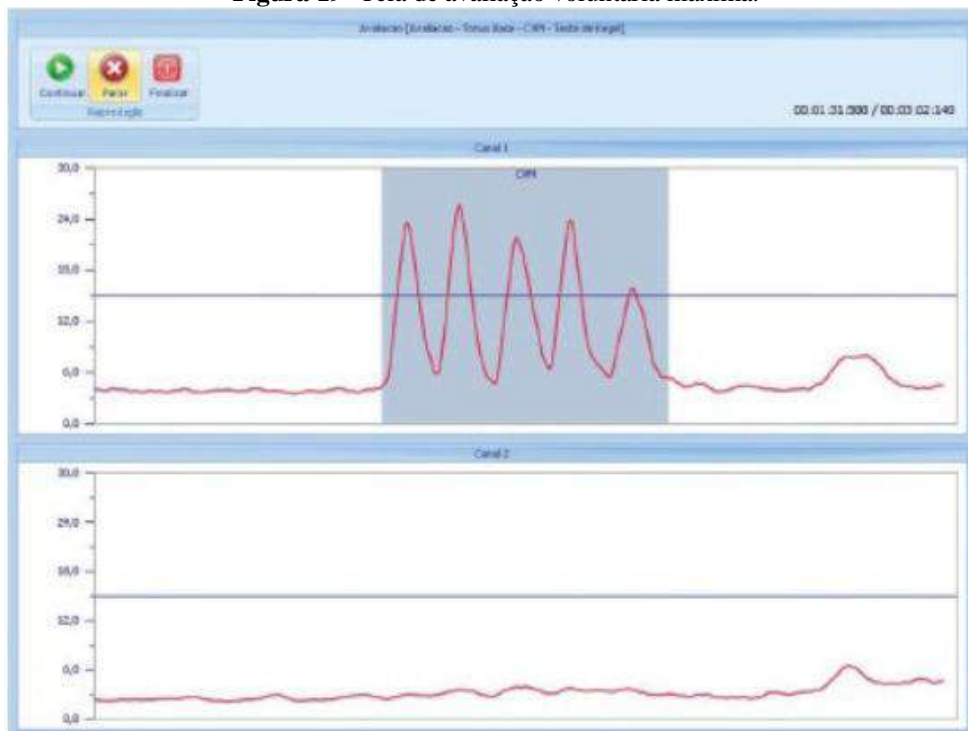
individualidade muscular relacionada ao tempo de contração, repouso, número de repetições e tempo de ativação” (BARACHO, p. 444, 2014). Ver figura 18 e 19.

**Figura 18-** Tela de avaliação de repouso inicial e relaxamento final.



Fonte: Baracho (2014, p. 445)

**Figura 19-** Tela de avaliação voluntária máxima.



Fonte: Baracho (2014, p. 445)

Baracho (2014), afirma que um programa de tratamento do BF não só melhora a função pélvica e promove melhor qualidade de vida e saúde da pelve na mulher, mas também melhora o controle dos processos fisiológicos ali presentes e concluímos que funciona em contraste com técnicas de fisioterapia, o BF fornece informação atualizada aos pacientes.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura abordou questões acerca de algia durante a relação sexual, relatando quais os sintomas associados a dor durante o ato sexual e os aspectos que mudaram quanto ao termo dispareunia. Portanto, o fisioterapeuta com autonomia para saúde da mulher deve estar atento as atualizações dentro da especialidade da saúde da mulher, pois para prática clínica, quanto mais conhecimento, atualizações, informações e bases científicas melhor o domínio de capacidade de avaliar, diagnosticar e tratar as alterações cinesiofisiológicos no corpo da mulher.

O presente estudo ressaltou a importância do conhecimento da mulher sobre seu corpo, abordando a fisioterapia no padrão ouro para tratamento de disfunções pélvicas, as técnicas de fisioterapia proporcionada através de terapias manuais, *biofeedback* e cones vaginais a regularização da musculatura do AP quanto a disfunção de algia antes caracterizada como dispareunia atualmente conceituada como dor gênito pélvica.

O profissional fisioterapeuta deve ser altamente valorizado na equipe multidisciplinar devido à sua capacidade de prevenir, avaliar e tratar, as DSF causadas por alterações no assoalho pélvico, promove melhora da qualidade da vida. Através da avaliação o fisioterapeuta verifica qual o método que possui os melhores resultados, é necessário que a avaliação seja realizada de forma única a cada paciente conforme sua condição, porém, o tratamento padrão ouro para o impasse relacionado à DSF e dor gênito pélvica é o *biofeedback* pois é uma fonte de avaliação segura e amplamente utilizada, demonstrando o funcionamento dos músculos pélvicos graças à aplicação do equipamento combinado com exercícios e contrações. Através do estudo observou-se que em muitos casos a falha no tratamento é causada devido à falta de consciência da mulher e seu corpo e à incapacidade do paciente de distinguir qual dos músculos

devem ou não atuar em suas atividades, esta técnica promove reconhecimento e coordenação muscular AP. Dentre as diversas ferramentas que o fisioterapeuta pode utilizar em suas avaliações e realizadas, a principal delas baseia-se no princípio da educação em saúde, transmitida ao paciente conhecimento da consciência corporal, apresentação fisiológica e a estrutura anatômica do seu sistema reprodutivo.

## REFERÊNCIAS

ÂNGELO, Priscylla Helouyse Melo. **Classificação dos valores perineométricos: uma proposta de escala**. Dissertação de Mestrado. Brasil. 2017. *E-book*.

ANTÔNIO, Jhonatan Zimmermann *et al.* Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. **Fisioter. Bras.**; v.17 n°6, p.: 544-I: 550, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883380>. Acesso 10 jun. 2024.

ARAÚJO, Emanuel. A arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-425032>. Acesso em: 01 out. 2023.

AIRES, Margarida De Mello. **Fisiologia**. 4. ed. Rio De Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012. 1352p.

ARAÚJO, Isabela Maria Mendes; MONTEIRO, Thainara Juliane Lima; SIQUEIRA, Mayara Lyddia. Terapêuticas não farmacológicas para disfunções sexuais dolorosas em mulheres: revisão integrativa. **BrJP**; v. 4, n°3, p.: 239-244, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/biblio-1339284>. Acesso em: 05 out. 2023.

ABREU Margareth Queiroz; GOMES Yasmin Silva. Conhecimento de profissionais de saúde sobre Disfunções do Assoalho Pélvico. **Rev Bras Fisiot Pelvica**, v.3, n°2, p.:5-15, 2023. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/3\(2\)/3\(2\)5-15.pdf](https://perineo.net/rbfp/3(2)/3(2)5-15.pdf). Acesso 10 jun. 2024.

ASSIS, Thaís Rocha *et al.* Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, p. 10-15, 2013.

ASSIS, Gisela Maria; SILVA, Camila Pinheiro Cristaldi; MARTINS, Giseli. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03705, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/RThjy4rJzYstdZg5NdWbf8F/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BATISTA, Nina Morena Teixeira De Luccas., *et al.* Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, 2017. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/280/25>. Acesso em: 05 nov. 2023.

BATISTA, Roberta. *et al.* Biofeedback and the electromyographic activity of pelvic floor muscles in pregnant women. **Brazilian Journal of Physical Therapy [online]**, v. 15, n. 5, pp. 386-392, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552011005000026>>. Acesso em: 06 nov. 2023.

BARRONCAS, Giovanna Nascimento; QUEIROZ, Ilkenison Pinheiro; LIVRAMENTO, Rosileide Alves. REABILITAÇÃO PERINEAL E O BIOFEEDBACK: A TRANSFORMAÇÃO DE ESTÍMULOS MECÂNICOS NAS RESPOSTAS SEXUAIS SOB A ÓTICA FISIOTERAPÊUTICA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 5054-5064, 2023.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 5 ed; 2014. 552p.

BINIK, Y. M. Dyspareunia looks sexy on first but how much pain will it take for it to score? A reply to my critics concerning the DSM Classification of dyspareunia as a sexual dysfunction. **Archives of Sexual Behavior**, v. 34, n. 1, p. 63-67, feb. 2005.

BOTELHO, Joacy Machado; CRUZ, Vilma Aparecida Gimenes. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013. 153p.

CONCEIÇÃO, Gislaine Da. Conceição. **Repositório Universitário da Ânima (RUNA)**, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/13908>. Acesso em: 11 fev. 2023.

CHIANG, Ching-Hsiang; JIANG, Yuan-Hong; KUO, Chong-Hann. Therapeutic efficacy of biofeedback pelvic floor muscle exercise in women with dysfunctional voiding. **Sci Rep.**; v.11, nº1, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34215820/>>. Acesso em: 13 out 2023.

DA CORREGGIO, Kelly Souza *et al.* Avaliação da função muscular perineal em gestantes Assessment of perineal muscular function during pregnancy. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 3, 2010.

DANTAS, Aline de Almeida *et al.* **Exercícios de fortalecimento muscular na função muscular em puérperas com disfunções do assoalho pélvico: uma revisão narrativa**. Monografia. 30f. 2022. Disponível em: [https://riu.ufam.edu.br/bitstream/prefix/6478/5/TCC\\_AlineDantas.pdf](https://riu.ufam.edu.br/bitstream/prefix/6478/5/TCC_AlineDantas.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

DELGADO, Alexandre Magno; FERREIRA, Isaldes Stefano Vieira; SOUSA, Mabel Araújo De. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>. Acesso em: 06 nov. 2023.

DUARTE, Hamilton Emídio. **Anatomia Humana**. 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. *E-book*.

GONZALEZ, Lessing Mercedes Spengler *et al.* Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. **Rev Cub Med Mil**. Ciudad de la Habana, v. 49, n.3, e 450, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1144484>. Acesso em: 10 jun 2024.

FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmita Helena Najjar. **Desejo sexual feminino**. Projeto Sexualidade (ProSex), Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de

São Paulo (FMUSP), 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n1/a0016.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

GERIN, Larissa. **A ocorrência de dispareunia entre mulheres**: como fica a saúde sexual? 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: doi:10.11606/D.22.2008.tde-06082008-143542. Acesso em: 02 nov. 2023.

GOZZO, Thais de Oliveira *et al.* (2000). Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v.8 n°3, p. 84–90. Disponível em: file:///C:/Users/Poli/Downloads/zeluiz,+12403%20(2).pdf. Acesso em: 10 jun 2024.

HILL, Alexandra, ALAPPATTU, Meryl. Quality-of-Life Outcomes Following Surface Electromyography Biofeedback as an Adjunct to Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence: A Case Report. **J Womens Health Phys Therap.** v.41 n°2, p.:73-82, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5784763/>. Acesso em: 05 out. 2023.

IBRAMED. Neurodyn. **Evolution.** Disponível em: <https://ibramed.com.br/eletroestimuladores/neurodyn-evolution/>. Acesso em 30 maio 2023.

JUNIOR, Braz Jose Do Nascimento. **Anatomia Humana: Sistemática Básica.** 1. ed. Petrolina - PE: UNIVASF, v. 1. 2020.

LATORRE, Gustavo F. Sutter. Propriocepção vs Coordenação Motora da MAP: definição e diagnóstico diferencial. **Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica**, 2023. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/3\(2\)/3\(2\)73-78.pdf](https://perineo.net/rbfp/3(2)/3(2)73-78.pdf). Acesso em: 09 out. 2023.

LATORRE, Gustavo F. Sutter; DIAS, Paula Renata Conceição De Oliveira. Disfunção sexual feminina no puerpério: o papel da fisioterapia pélvica. **Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica**, 2021. Disponível em: [https://www.perineo.net/rbfp/1\(1\)/1\(1\)82-97.pdf](https://www.perineo.net/rbfp/1(1)/1(1)82-97.pdf). Acesso em: 09 out. 2023.

LATORRE, Gustavo F. Sutter. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. **Rev Bras Fisiot Pelvica** v1 n°2, p.:71-82. 2021.

LATORRE, Gustavo F. Sutter., *et al.* A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. **Revista de Ciências Médicas**, 2015. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/3147/2319>. Acesso em: 09 out. 2023.

LATORRE, Gustavo F. Sutter; ROSA, Lodacir Rodrigo Silva Da. Construto, confiabilidade e reprodutibilidade da escala de força da MAP pela CIF. **Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica**, 2023. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/3\(1\)/3\(1\)72-79.pdf](https://perineo.net/rbfp/3(1)/3(1)72-79.pdf). Acesso em: 09 out. 2023.

LATORRE Gustavo F. Sutter, *et al.* Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. **Rev Bras Fisiot Pelvica**; v.2 n°3, p.:5-15, 2022.

LATORRE, Gustavo F. Sutter. O que é biofeedback. **Perineo.net**, 2023. Disponível em: <https://perineo.net/conteudo/biofeedback.php>. Acesso em: 12 maio 2024.

BLUDNICKA, Monika *et al.* The influence of one-time biofeedback electromyography session on the firing order in the pelvic floor muscle contraction in pregnant woman-A randomized controlled trial. **Front Hum Neurosci.**, v. 16, nº944792, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36248694/>>. Acesso em: 01 out. 2023.

MAGNO, Lílian Danielle Paiva; FONTES-PEREIRA, Aldo José; NUNES, Erica Feio Carneiro. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 4, p. 39-46, dez. 2011. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217662232011000400006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232011000400006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 nov. 2023.

MARQUES, Florence Zanchetta Coelho; CHEDID, Simone Braga; IZERIK, Gibrahn Chedid. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, 2008. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/541590/755-1534-1-sm.pdf>. Acesso em: 09 out. 2023.

MARQUES, Marcelle Gomes; BRAZ, Melissa Medeiros. Efeito do método Pilates sobre a função sexual feminina: Effects of Pilates method on female sexual function. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883833/efeito-do-metodo-pilates-sobre-a-funcao-sexual-feminina.pdf>. Acesso em: 01 out. 2023.

MATTHES, Angelo do Carmo. ABORDAGEM ATUAL DA DOR NA RELAÇÃO SEXUAL (DISPAREUNIA). **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 30, n. 1, 2019. Disponível em: [https://www.rbsh.org.br/revista\\_sbrash/article/view/66](https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/66). Acesso em: 02 nov. 2023.

MARTINS, Marília; BERLEZI, Evelise Moraes; DREHER, Daniela Zeni. O desempenho da escala de Oxford e do biofeedback manométrico perineal na avaliação da incontinência urinária de esforço em mulheres no período do climatério. **Scientia Médica**, v. 26, n. 1, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/scientiamedica/article/view/22969>. Acesso em: 27 abr. 2024.

MARIEB, Elaine N.; WILHELM, Patricia Brady; MALLATT, Jon. **Anatomia Humana**. 7. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014. 914p.

MEIRELES, Gabriela Silveira. Aspectos Psicológicos Das Disfunções Sexuais. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 30, n. 2, 2019. Disponível em: [https://www.rbsh.org.br/revista\\_sbrash/article/view/90](https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/90). Acesso em: 10 jun. 2024.

NORTH, C.; PICKERSGILL, A. An unusual case of dyspareunia. **Gynecological Surgery**, v.2, n. 4, 2005. Disponível em: <https://gynecolsurg.springeropen.com/articles/10.1007/s10397-005-0129-1>. Acesso 10 jun 2024.



PASQUALOTTO, Eleonora *et al.* Female sexual dysfunction: the important points to remember. **Clinics**, v. 60, n. 1, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15838582/>. Acesso em: 10 jun 2024.

PEREZ, Fabiana da Silveira Bianchi. **Fortalecimento perineal com um novo eletrodo móvel na incontinência urinária e disfunção sexual**. Tese. 2018. 171f. Brasília: Universidade de Brasília, 2018. *E-book*.

PINHEIRO, Cristina Santos. **Corpos em construção: natureza e condições do corpo feminino na antiguidade Greco-Romana**. Cadmo. Nº 20, 2010. *E-book*.

RODRIGUES, Cibele Nazaré Câmara *et al.* Influência do desejo sexual na função sexual em mulheres com dispareunia. Influence of sexual desire the sexual function in women with dyspareunia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27653>. Acesso em: 23 set. 2023.

ROCHA Keyla Jeanne; MACIEIRA, Larissa Brito. Fortalecimento do assoalho pélvico nas Disfunções Sexuais Femininas: revisão. **Rev Bras Fisiot Pelvica**;v.3, nº3, 2023. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/3\(3\)/3\(3\)104-113.pdf](https://perineo.net/rbfp/3(3)/3(3)104-113.pdf). Acesso em: 10 jun 2024.

REIS, Ariana Oliveira *et al.* Estudo comparativo da capacidade de contração do assoalho pélvico em atletas de voleibol e basquetebol. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 17, n. 2, p. 97–101, mar. 2011.

RIESCO, Maria Luiza *et al.* Perineal Muscle Strength During Pregnancy and Postpartum: the Correlation Between Perineometry and Digital Vaginal Palpation. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, v.18 n°6, 2010.

SANCHES, Paulo Roberto *et al.* Correlação do Escore de Oxford Modificado com as Medidas Perineométricas em Pacientes Incontinentes. **Clinical and Biomedical Research**, v. 30, n. 2, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/12999>. Acesso em: 3 nov. 2023.

SANTANA, Ketilen Ritiele Oliveira Souza. **Atuação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico decorrentes da episiotomia em adolescentes primíparas**. UniAGES, 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/17946>. Acesso em: 06 nov. 2023.

SANTOS, Carolyne Cardoso; SANTOS, Rafaela Jaco; SOUZA, Thainá Santos. Intervencao fisioterapeutica na dor genital: revisão integrativa. **Revista brasileira de fisioterapia pélvica**, 2022. Disponível em: [https://perineo.net/rbfp/2\(1\)/2\(1\)58-66.pdf](https://perineo.net/rbfp/2(1)/2(1)58-66.pdf). Acesso em: 02 nov. 2023.

SARTI, Cynthia. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3–13, jan. 2001.

NETO, Fernando Soares da Silva; JERICÓ, Anna Luiza Paiva. Physiotherapeutic interventions in the treatment of female dyspareunia: an exploratory study. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6570>. Acesso em: 2 nov. 2023.

SILVA, Ana Paula Souza Da; SILVA, Jaqueline Souza Da. **A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica**: Importance of muscles of feminine pelvic floor, under an anatomical vision. *Fisioterapia Brasil*, 2003. Disponível em: file:///C:/Users/maria/Downloads/userojs,+3025-18771-1-CE.pdf. Acesso em: 10 out. 2023.

SILVA, Andréa Marcella Nascimento *et al.* Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Sci med*, v. 10, p. 120-125, 2011.

SOARES, Luis Gustavo Biondi; CALIXTO, Fernando Renato Praes; OLIVEIRA, Pedro Henrique Martins De. **Clínica Cirúrgica para o Generalista**. 1. ed. Teresópolis - RJ: Editora UNIFESO, v. 1, 2018.

TRINDADE, Santrine; LUZES, Rafael. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. *Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985*, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017.

TORTORA, Gerard; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1047p.

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. p. 95-150, 2003.

WALTON, Briana; THORTON, Trashawn. Female Sexual Dysfunction Current Women's Health. *Reports*, v. 3, p. 319-326, 2003.

WOLPE, Raquel Eleine *et al.* **Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática**. *Acta fisiátrica*, v. 22, n. 2, p. 87-92, 2016.

## **ANEXO**

Anexo A – Instrumento.

v.40 MAIO/2024  VAGINAL  ANAL NÃO USAR QUANDO A QUEIXA PRINCIPAL FOR DOR

## Avaliação Cinesiológico-Funcional da Musculatura do Assoalho Pélvico

PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

---

### INSPEÇÃO ESTÁTICA

TÔNUS REPOUSO BULBOCAVERNOSOS: <0,5 cm    =0,5 cm    >0,5 cm    CORPO PERINEAL: <2 cm    =2 cm    >2 cm

---

### INSPEÇÃO DINÂMICA

#### MM. SUPERFICIAIS

**ATIV. VOLUNTÁRIA BULBOCAVERNOSOS**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE    ASSIMETRIA:  -  +

**ISOLOCAVERNOSOS**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE    ASSIMETRIA:  -  +

**TRANSVERSOS PERINEAIS**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE    ASSIMETRIA:  -  +

**ESFÍNCTER ANAL EXTERNO**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE    ASSIMETRIA:  -  +

#### LEVANTADORES

**ATIVIDADE VOLUNTÁRIA CONTRAÇÃO**

MOV. CRANIAL:  PRESENTE  AUSENTE  CAUDAL

ED-CONTRAÇÕES: RESPIRATÓRIAS, ABDOMINAIS, ADUTORES, GLÚTEOS, AUSENTE

RELAXAMENTO MOV. CAUDAL:  PRESENTE  AUSENTE

ABERTURA:  CAUDAL  PRESENTE  AUSENTE  CRANIAL

**ATIVIDADE INVOLUNTÁRIA**

**TOSSIR**

CRANIAL:  ANTES  DURANTE  DEPOIS    AUSENTE    CAUDAL

**RESPIRAR**

CRANIAL:  ANTES  DURANTE  DEPOIS    AUSENTE    CAUDAL

**ESCAPE INTRA TESTE**

ABERTURA: URETRAL, ANAL, URETRAL, ANAL

TOSSIR: URETRAL, ANAL, URETRAL, ANAL

RESPIRAR: URETRAL, ANAL, URETRAL, ANAL

---

### TESTES NEUROLÓGICOS

**SENSIBILIDADE**

DELTAÍCEPS (D, N, E), ADUTORES (D, N, E), BILHODRÁCS (D, N, E), PUDENDO (D, N, E), CUT FEMORAL (D, N, E), BÍLÍNGUAL (D, N, E), ILOHIOSTRIC (D, N, E)

**ATIVIDADE REFLEXA**

BULBOCAVERNOS (T, N, D), CILINDRICAL (T, N, D), CRANIOCAVERNOS (T, N, D), LEVANTADORES (T, N, D)

---

### PALPAÇÃO ESTÁTICA

#### ANATOMIA PALPATÓRIA 3D

SUPERFICIAIS: RABDO, PUBOVAGINAL/PUBOPERINEAL, PUBOVAGINAL, PUBORRETAL, BILIOCCÍGITOS, PIRIFORMES, OBTURADORES

---

### PALPAÇÃO DINÂMICA

**ATIVIDADE VOLUNTÁRIA**

MOVIMENTO: COMPLETO (0), INCOMPLETO (1), PARCIAL (2), AUSENTE (3)

FORÇA: FORTE (0), SAZONÁVEL (1), FRACO (2), ESBOCO (3), AUSENTE (4)

RELAXAMENTO: COMPLETO (0), INCOMPLETO (1), PARCIAL (2), AUSENTE (3)

POTÊNCIA: >20 (0), 20 a 11 (1), 10 a 6 (2), 4 a 1 (3), ZERO (4)

ENDURANCE: >10s (0), 9 a 7s (1), 6 a 5s (2), 3 a 1s (3), ZERO (4)

ABERTURA: CAUDAL, PRESENTE, AUSENTE, CRANIAL

**ATIVIDADE INVOLUNTÁRIA**

**TOSSIR**

CRANIAL:  ANTES  DURANTE  DEPOIS    AUSENTE    CAUDAL

**RESPIRAR**

CRANIAL:  ANTES  DURANTE  DEPOIS    AUSENTE    CAUDAL

#### DIAGNÓSTICO CINESIOLÓGICO FUNCIONAL

**SUPERFICIAIS**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE

**LEVANTADORES**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE

**OBTURADORES**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE

**PIRIFORMES**

ATIVIDADE:  PRESENTE  AUSENTE

Disponível em: [perineo.net/ficha.pdf](http://perineo.net/ficha.pdf)

**ANATOMIA PALPATÓRIA 3D**

Fonte: Latorre et al. (2022).