

Terapêuticas não farmacológicas para disfunções sexuais dolorosas em mulheres: revisão integrativa

Non-pharmacological therapeutic approaches to painful sexual dysfunction in women: integrative review

Isabelle Maria Mendes de Araújo¹, Thainara Julianne Lima Monteiro², Mayara Líddy Ferreira Siqueira²

DOI 10.5935/2595-0118.20210036

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Disfunções sexuais associadas a sintomas dolorosos podem repercutir sobre a funcionalidade gênito-pélvica feminina. O objetivo deste estudo foi identificar terapêuticas não farmacológicas analgésicas utilizadas em disfunções sexuais dolorosas a fim de contribuir com a prática clínica e terapêutica no cuidado integral à saúde sexual feminina.

CONTEÚDO: Trata-se de revisão integrativa realizada nas bases de dados Pubmed, LILACS, Scielo, PEDro e Biblioteca Virtual da Saúde. As buscas foram realizadas utilizando as combinações: “dysfunction” AND “pain” AND “sexual” AND “treatment”. Os critérios de inclusão permitiram a análise de seis artigos publicados no período de janeiro de 2009 a agosto de 2019. Observou-se que as disfunções na musculatura do assoalho pélvico podem estar associadas a quadros algícos e disfunções sexuais, de modo que intervenções não farmacológicas analgésicas podem proporcionar maior relaxamento muscular e autopercepção perineal, reduzindo, assim, sintomas dolorosos no ciclo de resposta sexual.

CONCLUSÃO: O tratamento de disfunções sexuais dolorosas com utilização de recursos não farmacológicos, através de técnicas como a massagem perineal, liberação miofascial, treinamento muscular, *biofeedback*, dilatadores vaginais, eletroestimulação e radiofrequência visam proporcionar melhora no desempenho sexual e na qualidade de vida feminina.

Descritores: Dor pélvica, Saúde da mulher, Sexualidade.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Sexual dysfunctions associated with pain symptoms can affect female genito-pelvic functionality. The objective of this study was to identify non-pharmacological analgesic therapies used in painful sexual dysfunctions to guide clinical and therapeutic practice in comprehensive care of women's sexual health.

CONTENTS: An integrative review, carried out in the Pubmed, LILACS, Scielo, PEDro and *Biblioteca Virtual de Saúde* databases. The searches were performed using the combinations: “dysfunction” AND “pain” AND “sexual” AND “treatment”. The inclusion criteria allowed the analysis of six articles published between January 2009 and August 2019. It was observed that dysfunctions in the muscles of the pelvic floor may be associated with pain and sexual dysfunctions, thus, non-pharmacological analgesic interventions can provide greater muscle relaxation and perineal self-perception, reducing painful symptoms in the sexual response cycle.

CONCLUSION: The treatment of painful sexual dysfunctions with the use of non-pharmacological resources, using techniques such as perineal massage, myofascial release, muscle training, biofeedback, vaginal dilators, electrostimulation, and radiofrequency aim to improve sexual performance and quality of life for women.

Keywords: Pelvic pain, Sexuality, Women's health.

INTRODUÇÃO

A disfunção sexual (DS) apresenta-se como um problema de saúde cada vez mais frequente em mulheres, envolvendo fatores biológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais, sendo, portanto, de causalidade multifatorial. A DS pode incluir disfunção no desejo/excitação sexual, disfunção do orgasmo e dor genito-pélvica¹. Dentre as disfunções e distúrbios que afetam a saúde sexual feminina, destaca-se a dispareunia, desconforto após ou no decurso da relação sexual, caracterizada como incômodo, ardência ou até mesmo quadro doloroso que compromete o desempenho sexual. Em estudo feito nos EUA, estima-se a incidência de dispareunia entre 8 e 21% no público feminino².

Todavia, ainda ocorrem barreiras no processo de adesão à reabilitação pélvica³. A dispareunia⁴ é uma das principais disfunções sexuais no puerpério, comprometendo o desejo, a satisfação e a frequência das relações sexuais, possivelmente relacionada ao pós-parto, presença de episiotomia e/ou lacerações e à amamentação. Ressalta-se,

Isabelle Maria Mendes de Araújo – <https://orcid.org/0000-0003-1386-5209>;
Thainara Julianne Lima Monteiro – <https://orcid.org/0000-0002-6276-4132>;
Mayara Líddy Ferreira Siqueira – <http://orcid.org/0000-0001-9732-2003>.

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde, Natal, RN, Brasil.
2. Centro Universitário UNIESP, Departamento de Fisioterapia, Cabedelo, PB, Brasil.

Apresentado em 16 de julho de 2020.

Aceito para publicação em 11 de julho de 2021.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Isabelle Maria Mendes de Araújo
Rua Lindolfo Gonçalves Chaves, 101, Jardim São Paulo
58051-200 João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: isabellesaudelivre@hotmail.com

também, que a dispareunia afeta a vida sexual de mulheres com endometriose e no climatério⁵. Outra disfunção sexual dolorosa é denominada de vaginismo, quando há contração involuntária e espasmódica na musculatura do canal vaginal que pode estar relacionada a fatores psicológicos, a hipertonia dos músculos do assoalho pélvico (MAP), a hipersensibilidade no introito vaginal, impedindo, assim, a penetração⁶.

Podem haver a associação de quadros algícos a eventos traumáticos⁶ na região da MAP, sejam eles por violência sexual ou episiotomias, e a fatores congênitos de formação do canal vaginal. Dessa forma, há repercussão sobre a funcionalidade gênitopélvica e o desempenho sexual feminino.

O processo característico de dor na região genital também pode estar relacionado a situações inflamatórias, como infecções, tornando a área vulvar e vaginal hipersensível ao toque. Outro aspecto que contribui para sensação algíca na atividade sexual da mulher é a síndrome geniturinária da menopausa (SGM), associada a atrofia vaginal, redução de lubrificação e ressecamento vaginal⁷.

Entre as DS destaca-se, ainda, a vulvodínia, a qual é caracterizada pela hipersensibilidade vulvar, dor e irritação na região genital feminina⁸. Há casos de dores crônicas gênitopélvicas associadas a vulvodínia, ocorrendo dor ao mínimo aumento da pressão sobre a genitália mesmo em atividades de vida diária (AVD). Tais sinais e sintomas tornam-se relevantes na condução da avaliação funcional pélvica e na definição do plano terapêutico⁹.

As DS dolorosas costumam impactar mulheres sexualmente ativas diretamente, podendo a disfunção gênitopélvica gerar limitações e restrições de atividades e participação social feminina, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁶. Dessa maneira, a fisioterapia na saúde da mulher, ao realizar o manejo terapêutico em diferentes modalidades, desempenha importante papel na reinserção dessas mulheres ao ciclo funcional e indolor no âmbito da sexualidade.

Nesse sentido, objetivou-se identificar terapêuticas analgésicas não farmacológicas utilizadas em diferentes DS a fim de contribuir com a prática clínica e terapêutica no cuidado integral à saúde sexual feminina.

CONTEÚDO

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa, realizada nas bases: Pubmed, LILACS, Scielo, PEDro e Biblioteca Virtual da Saúde. A pergunta norteadora do estudo foi “identificar quais modalidades terapêuticas não farmacológicas são utilizadas para induzir a analgesia em mulheres com DS dolorosas”. As buscas foram realizadas, utilizando as combinações: “dysfunction” AND “pain” AND “sexual” AND “treatment”. Os critérios de inclusão foram artigos completos e publicados no período de janeiro de 2009 a agosto de 2019 nos idiomas português, inglês e espanhol; estudos com delineamento metodológico de ensaio clínico controlado e randomizado apresentando análise para o desfecho dor; ensaios clínicos não randomizados com relevância temática; artigos de revisão que apresentaram no título e resumo intervenção não farmacológica para analgesia na reabilitação pélvica para disfunção sexual.

Os artigos identificados pela estratégia de busca inicial foram analisados observando os critérios de elegibilidade definidos no pro-

colo de pesquisa e classificados com base na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) para a classificação de evidências¹⁰ em sete níveis: nível 1, evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise dos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. A revisão foi realizada de acordo com as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA)¹¹. As etapas da pesquisa estão demonstradas na figura 1, de acordo com o procedimento metodológico proposto no estudo. Foram excluídos estudos em duplicidade nas bases de dados.

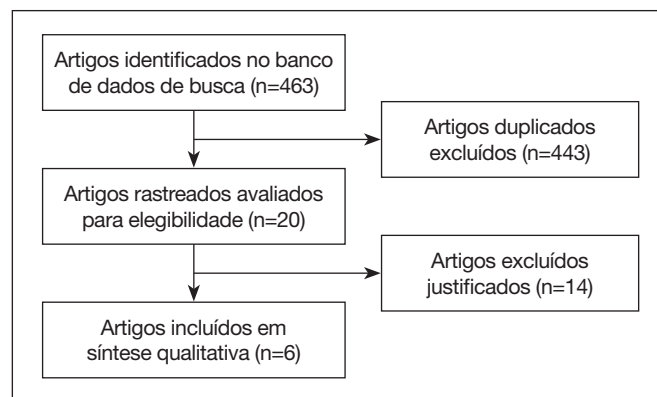


Figura 1. Seleção dos estudos

Após a realização da pesquisa nas bases de dados foram encontrados 463 estudos no total dos quais 24 foram provenientes da Scielo, 425 da Pubmed, 14 da PEDro e BVS. Nesse sentido, foram considerados de acordo com os critérios de elegibilidade 20 estudos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. A presente revisão incluiu seis artigos, os quais apontaram modalidades terapêuticas não farmacológicas para analgesia relacionada à disfunção sexual, com descrição na tabela 1. Os 14 artigos excluídos não abordavam terapêuticas não farmacológicas para DS.

Mediante o levantamento dos artigos, a tabela 1 apresenta características dos seis artigos incluídos, os quais evidenciam modalidades terapêuticas para disfunções sexuais femininas.

Os artigos analisados na revisão integrativa apontam, com base na classificação da AHRQ¹⁰, níveis 2, 3, 5 e 6 de evidência, corroborando a literatura científica^{6,16,17} para a prática clínica e terapêutica nas disfunções sexuais. Destacaram-se os recursos terapêuticos manuais, como a massagem perineal e liberação miofascial, e recursos eletroterapêuticos na diminuição de quadros algícos no ciclo de resposta sexual.

A funcionalidade gênitopélvica é associada ao desempenho da MAP, a qual, quando enfraquecida, potencializa a emergência de disfunções no sistema geniturinário^{18,19}. A MAP também tem importante

Tabela 1. Características dos artigos incluídos na revisão

Autores	Descrição do método	Descrição dos resultados	Modalidades terapêuticas para analgesia em disfunções dolorosas sexuais	Nível de evidência
Silva et al. ¹²	Estudo de ensaio clínico não randomizado sobre efeitos positivos da massagem perineal na redução do quadro algico de mulheres com D e tensão na MAP.	Houve 2 grupos no estudo. O primeiro grupo formado por 8 mulheres com D associada ao aumento da sensibilidade dos músculos pélvicos. O segundo grupo formado por um total de 10 mulheres que apresentava D ligada ao aumento da sensibilidade dos músculos pélvicos e relacionada à DPC. Houve melhora considerável em ambos os grupos no que se refere a D apontada pela EAV e índice de McGill ($p < 0,001$). Quanto à função sexual, destaca-se melhora considerável em todos os fatores que concernem a atividade da funcionalidade sexual no grupo D. O grupo DPC apresentou melhora significativa no aspecto doloroso.	Massagem de Thiele realizada na musculatura perineal pelo canal vaginal levando em consideração o limite de dor das pacientes para graduar o nível de pressão e liberação miofascial. Tempo de cinco minutos de aplicação da massagem, na frequência de uma vez na semana por quatro semanas.	3
Ghaderi et al. ³	Estudo de ensaio clínico controlado randomizado com o intuito de observar a eficácia de um programa de reabilitação destinado à MAP de mulheres com D.	Foram selecionadas 64 mulheres com quadro de D. Divididas em 2 grupos: sendo o experimental (GE) composto por 32 mulheres que receberam tratamento fisioterapêutico com o uso da eletroterapia, terapias manuais e exercícios pélvicos. O grupo controle (GC) também foi formado também por 32 participantes. O GE apresentou resultados satisfatórios quando comparado ao GC. No quesito força perineal houve uma diferença média de 2,01 pela escala de Oxford (0-5), na resistência houve diferença média de 6,26 s. Em relação ao IFSF, a diferença média apontada foi de 51,05. Quanto ao aspecto doloroso mensurado pela EAV, a diferença média encontrada foi de 7,3 ($p < 0,05$).	A intervenção fisioterapêutica contabilizou 10 sessões, sendo elas executadas uma vez por semana durante três meses. Técnicas manuais, a exemplo da massagem profunda intravaginal, assim como liberações miofasciais intravaginais com duração de 15 a 20 min da sessão. Como recurso da eletroterapia foi selecionada a TENS de alta frequência (110Hz, 80ms de duração de pulso e a respeito da intensidade foi considerada a máxima tolerada pelas participantes.). Duração de 20 a 25 min da sessão. Treino de exercícios destinados à MAP com progressão semanal. As participantes foram instruídas a realizarem exercícios diários domiciliares da MAP, de forma progressiva com as orientações necessárias.	2
Berghmans ⁶	Estudo de revisão que buscou compreender o papel do fisioterapeuta no tratamento de mulheres com DS e DPC em um contexto multidisciplinar, visto que tais alterações podem estar diretamente relacionadas a distúrbios no MAP e alterações na sensibilização das fibras nervosas que conduzem os impulsos dolorosos ao sistema nervoso central.	Estudos científicos recentes apontam a relevância do tratamento fisioterapêutico para mulheres com DS e DPC, mediante tratamento integral e global da condição dolorosa.	Terapias manuais como a massagem perineal e liberação miofascial com desativação de PG dolorosos. Uso de <i>biofeedback</i> e eletroestimulação, como TENS. Dilatadores vaginais de diferentes espessuras e tamanhos. Exercícios respiratórios e de relaxamento.	5
Piassaroli et al. ¹³	Ensaio clínico não randomizado no qual foram incluídas 26 mulheres que apresentavam diagnóstico de disfunção sexual (transtorno de desejo, excitação, orgástico e D). O objetivo do estudo foi avaliar o efeito do treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) sobre as disfunções sexuais femininas.	Foi observada melhora significativa ($p < 0,0001$) dos escores do IFSF ao final do tratamento quando comparado às avaliações inicial e intermediária. Em relação à EMG, as amplitudes das contrações fásicas e tônicas aumentaram significativamente ($p < 0,0001$) ao longo do tratamento. Houve aumento na força do assoalho pélvico, com 69% das mulheres apresentando grau 4 ou 5 na avaliação final e melhora total das queixas sexuais.	TMAP: Os exercícios da MAP foram realizados em diversas posições (totalizando 10): decúbito dorsal, lateral e ventral; na posição de quatro apoios; sentada na cadeira e na bola; e em pé de frente ao espelho. Foram solicitadas, para cada posição, cinco contrações fásicas (rápidas) e cinco contrações tônicas (sustentadas) por 10 segundos, com um período de relaxamento de 10 segundos entre cada contração, totalizando, ao final de cada sessão, cerca de cem contrações.	3

Continua...

Tabela 1. Características dos artigos incluídos na revisão – continuação

Autores	Descrição do método	Descrição dos resultados	Modalidades terapêuticas para analgesia em disfunções dolorosas sexuais	Nível de evidência
Barreto et al. ¹⁴	Estudo prospectivo e quantitativo em mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos, que têm uma vida sexual ativa e sem doenças neurológicas associadas.	Referente às 34 voluntárias do estudo, foi avaliada a função sexual das mulheres pelo Quociente Sexual versão feminina (QS – F), sendo que 3% (1 mulher) foi classificada com desempenho desfavorável a regular, 62% (21 mulheres) com desempenho de regular a bom, e 35% (12 mulheres) com desempenho de bom a excelente. Quanto aos resultados da avaliação da função ou força muscular do assoalho pélvico, as mulheres foram classificadas: 9% (3 mulheres) se enquadram na ordem de desfavorável a regular, 53% (18 mulheres) ficaram na ordem de regular a bom e 38% (13 mulheres) na ordem de bom a excelente. Considerando a correlação entre o grau de satisfação sexual e a função ou força muscular do assoalho pélvico das mulheres estudadas, na faixa etária de 20 a 40 anos de idade, foi observado que quanto maior a função ou força muscular do assoalho pélvico, melhor a percepção e o grau de satisfação sexual.	<i>Biofeedback</i> para o fortalecimento dos músculos do períneo, na posição de decúbito dorsal. Após o ajuste do aparelho, foi solicitado à voluntária que contraísse a MAP por três vezes consecutivas mantendo a contração pelo máximo de tempo possível. Foi utilizada a escala de força B do equipamento, com ajuste de tempo de contração de 6 segundos, com o dobro do tempo de repouso.	6
Kamilos e Borrelli ¹⁵	Estudo piloto prospectivo, relativo aos efeitos clínicos percebidos por mulheres com SGM logo após um processo de tratamento utilizando da RFFMA.	Para o estudo foram selecionadas 14 mulheres que referiam os sintomas da SGM. Houve melhora considerável na qualidade de vida das pacientes, assim como um progresso significativo da função sexual. Vale destacar que todas as pacientes deixaram de aplicar o lubrificante vaginal no ato sexual. Quanto aos aspectos avaliados pela escala de satisfação depois do tratamento com a RFFMA, grande parte apontou estar curada (29%) ou muito melhor (64%) em um total de 92,6%. 43% afirmaram estar muito satisfeita e 57% satisfeita em um total de 100%.	RFFMA, caneta vaginal com 64 microagulhas, 200µ de diâmetro e 1 mm de comprimento. Três aplicações dentro de um período de intervalos de 28 a 40 dias. O tempo da técnica foi de 15 a 20 minutos.	6

DS = disfunção sexual; IFSF = Índice de Função Sexual Feminino; TENS = Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea; EAV = escala analógica visual; MAP = musculatura do assoalho pélvico; TMAP = treinamento da musculatura do assoalho pélvico; PG = pontos-gatilho; DPC = dor pélvica crônica; D = dispareunia; RFFMA = radiofrequência fracionada microablativa na região vaginal; SGM = síndrome geniturinária da menopausa.

papel na função sexual, portanto, o treinamento dessa musculatura é indispensável para o aumento da capacidade de contração voluntária, resistência e relaxamento muscular pélvico¹⁴.

Além do treinamento da MAP, estudos^{1,7,14} apontam a relevância de outras modalidades terapêuticas não farmacológicas no tratamento de disfunções sexuais dolorosas por oferecer maior eficácia, baixo custo e baixo potencial de riscos à saúde da mulher.

Massagem perineal/massagem de Thiele

O emprego da técnica de massagem perineal em casos de mulheres com dispareunia associada à DPC aponta resultados satisfatórios na redução da dor durante as relações sexuais. A massagem promove o relaxamento da musculatura perineal aliviando, assim, pontos de tensão existentes durante o percurso do músculo e uma dessensibilização na região, o que diminui as recorrências de processos algícos, não apenas durante o ato sexual, mas também colabora positivamente nos casos de dores pélvicas. Apresenta, assim, resultados benéficos à qualidade de vida das mulheres com dispareunia/DPC¹².

Também há outras técnicas com esse tipo de ação, como será descrito no artigo.

Com as técnicas manuais é possível induzir analgesia na MAP e diminuir sua atividade contrátil. Por meio de técnicas de massagens realizadas no canal vaginal das mulheres com dispareunia, é possível a desativação de pontos-gatilho dolorosos e estimular a circulação sanguínea no local, aspecto relevante no processo de reestabelecimento da atividade muscular². Dessa forma, a Fisioterapia, por meio de técnicas não farmacológicas e utilizando-se de recursos terapêuticos manuais, como a liberação miofascial, contribui satisfatoriamente no tratamento da dor provocada por disfunções a nível muscular/miofascial⁶.

Treinamento muscular da região pélvica

A reabilitação e o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico possuem efeitos satisfatórios na vida sexual das mulheres. O treinamento e a conscientização da MAP têm sido apontados como técnicas para auxiliar no tratamento das disfunções sexuais femininas^{14,19}.

O TMAP promove o aumento da força dos músculos do triângulo urogenital e do levantador do ânus, melhorando a resposta do reflexo sensorio-motor, contração involuntária da MAP durante o orgasmo, o fluxo sanguíneo pélvico e a lubrificação vaginal¹³.

Biofeedback pressórico e eletromiográfico

A utilização de estímulos sensoriais proprioceptivos através do aparelho de *biofeedback* favorece o processo de reconhecimento e auto-percepção da região perineal e da MAP. O *biofeedback* pressórico é utilizado com a introdução na região vaginal da sonda inflável endocavitária, a qual deve ser associada à contração da musculatura para ganho de força e resistência. O aparelho permite o *feedback* visual dos níveis pressóricos da MAP. Além disso, a combinação do *biofeedback* com os exercícios de treinamento da MAP potencializa a força, a percepção e o desempenho muscular²⁰.

A proposta terapêutica da técnica do *biofeedback* em casos de pacientes com dispareunia consiste em reduzir o ciclo de dor-espasmo-dor presente no ato da penetração. É técnica de baixo custo e promove resultados para a redução da dor e dessensibilização perineal^{3,20}.

Dilatadores vaginais

Os dilatadores vaginais contribuem positivamente na ampliação da elasticidade do canal vaginal, desempenhando papel terapêutico não farmacológico para o vaginismo e dispareunia. Seu manejo auxilia no processo adaptativo miofascial da vagina, permitindo a progressão no tamanho dos dilatadores de acordo com o processo de aceitação da paciente, respeitando seus limites de conforto, de modo a contribuir com a redução da percepção dolorosa durante a relação sexual^{6,20}. De acordo com revisão publicada pela Cochrane²¹, a dessensibilização sistemática, que pode incluir técnicas de relaxamento e o uso de dilatadores progressivamente maiores, parece ter eficácia quando comparada à terapia cognitiva ou às intervenções farmacológicas²².

Eletroestimulação

A eletroestimulação como terapêutica não farmacológica aplicada à disfunção sexual tem demonstrado eficácia devido a seus efeitos terapêuticos como analgesia, relaxamento muscular e aumento da circulação local^{22,23}, promovendo melhora nas queixas dolorosas e na sensibilidade perineal. Esta técnica consiste na colocação intravaginal de eletrodo vaginal ou eletrodo de superfície na região perineal, com baixa frequência na TENS ou média/alta frequência para reforço muscular, o qual promove estímulos elétricos na região pudenda e sacral, devendo a intensidade ser ajustada ao nível sensorio-motor de acordo com o objetivo terapêutico e conforto da paciente. Esta modalidade também induz a conscientização do assoalho pélvico, a analgesia e o fortalecimento muscular.

Terapia com a radiofrequência fracionada microablativa (RFFMA)

No período pós-menopausa há o surgimento frequente de alterações na região genital feminina, tais transformações podem impactar na funcionalidade pélvica. Esse conjunto de alterações com a redução da lubrificação vaginal, a estenose vaginal por perda do componente elástico e por parte da redução do colágeno, quadros algícos, desconfortos e dispareunia podem interferir negativamente no desempenho sexual e satisfação pessoal durante o ato sexual.

Esse complexo de alterações é conhecido como a SGM¹⁵. Uma forma de tratamento consiste na aplicação do laser ou a RFFMA diretamente no canal e introito vaginais com intuito de estimular a neocolagênese e a neoelastogênese na mucosa vaginal e acelerar o processo de reestruturação das células epiteliais da região genital. Dessa maneira, a aplicação da técnica RFFMA contribui satisfatoriamente na redução dos efeitos de secura vaginal e dispareunia, reduzindo a queixa dolorosa¹⁵.

Em síntese, as modalidades terapêuticas não-farmacológicas aplicadas a DS dolorosas vêm demonstrando sua eficácia e evidência científica, todavia, a literatura ainda é incipiente na área, sendo necessários mais estudos clínicos randomizados controlados, com comparação de técnicas e demonstração de suas efetividades.

CONCLUSÃO

O tratamento de DS dolorosas com a utilização de recursos não farmacológicos visa promover a saúde sexual feminina induzindo a analgesia e o relaxamento da MAP por meio de técnicas como a massagem perineal, liberação miofascial, TMAP, *biofeedback*, dilatadores vaginais, eletroestimulação e radiofrequência.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Isabelle Maria mendes de Araújo

Conceitualização, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

Thainara Julianne Lima Monteiro

Coleta de Dados, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

Mayara Líddyia Ferreira Siqueira

Coleta de Dados, Conceitualização, Metodologia, Redação - Preparação do original

REFERÊNCIAS

1. Santos SR, Oliveira CM. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. Rev Port Med Geral Fam. 2015;31(5):351-3.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. 1999;281(6):537-44.
3. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrabimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. Int Urogynecol J. 2019;30(11):1849-55.
4. Holanda JB, Abuchaim ES, Coca KP, Abraão AC. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. Acta Paul Enferm. 2014;27(6):573-8.
5. Lima RV, Pereira AMG, Beraldo FB, Gazzo C, Martins JA, Lopes RGC. Função sexual feminina em mulheres com suspeita de endometriose com infiltração profunda. Rev Bras Ginecol. 2018;40(3):115-20.
6. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecol J. 2018; 29(5):631-8.
7. Amaral AD, Pinto AM. Female genito-pelvic pain/penetration disorder: review of the related factors and overall approach. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(12):787-93.
8. Bachmann GA, Brown CS, Phillips NA, Wood R, Foster DC. Effect of gabapentin on sexual function in vulvodynia: a randomized, placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(1):89. E1-89. E8.
9. Kim SJ, Kim J, Yoon H. Sexual pain and IC/BPS in women. BMC Urol. 2019;19(1):47.
10. Galvão CM. Níveis de evidência. Acta Paul. Enferm. 2006;19(2):5-5.
11. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(2):335-42.
12. Silva APM, Montenegro ML, Gurian MBF, Mitidieri AM, Silva LL, Benedicto PL, et al. Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;39(1):26-30.
13. Piassaroli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJO. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(5):234-40.

14. Barreto KL, Mesquita YA, Santos Junior FFU, Gameiro MO. Treinamento da força muscular do assoalho pélvico e os seus efeitos nas disfunções sexuais femininas. *Motri*. 2018;14(1):424-7.
15. Kamilos MF, Borrelli CL. Nova opção terapêutica na síndrome geniturinária da menopausa: estudo piloto utilizando radiofrequência fracionada microablativa. *Einstein*. 2017;15(4):445-51.
16. Stein SR, Pavan FV, Nunes EFC, Latorre GFS. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. *Rev Ciênc Med*. 2018;27(2):65-72.
17. Retzky SS, Rogers JRRM. Urinary incontinence in women. *Clin Symposia*. 1995;47(3):2-32.
18. Gosling JA, Dixon JS, Critchley HO, Thompson SA. A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscle. *Br J Urol*. 1981;53(1):35-41.
19. Assis TR, Sá AC, Amaral WN, Batista EM, Formiga CK, Conde DM. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(1):10-5.
20. Cacchioni T, Wolkowitz C. Treating women's sexual difficulties: the body work of sexual therapy. *Sociol Health Illn*. 2011;33(2):266-79.
21. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD001760.
22. Carvalho JC, Agualusa LM, Moreira LM, Costa JC. Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de pontos gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo. *Rev Bras Anestesiol*. 2017;67(6):632-6.
23. Wolpe RE, Toriy MAS, Zombowski K, Sperandio FF. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. *Acta Fisiatr*. 2015;22(2):87-92.

