

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA (FAEFI)

JULYA SOARES VIEIRA

POLIANA DOS REIS GONÇALVES DE OLIVEIRA

ENSAIO CLÍNICO: LIBERAÇÃO MIOFASCIAL DO ASSOALHO PÉLVICO ASSOCIADA
OU NÃO A EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO DOMICILIAR EM MULHERES COM
TRANSTORNO DA DOR GÊNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO

Uberlândia

2024

JULYA SOARES VIEIRA

POLIANA DOS REIS GONÇALVES DE OLIVEIRA

ENSAIO CLÍNICO: LIBERAÇÃO MIOFASCIAL DO ASSOALHO PÉLVICO ASSOCIADA OU NÃO A EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO DOMICILIAR EM MULHERES COM TRANSTORNO DA DOR GÊNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para a obtenção de grau de Bacharel no curso de Fisioterapia.

Orientadora: Prof.a Dr.a Ana Paula Magalhães Resende

Co-orientadora: FT. Lyana Belém Marinho

Uberlândia

2024

RESUMO

Introdução: Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração (DGPP) é qualquer dificuldade que persista por um período mínimo de seis meses e/ou que causa sofrimento significativo para a mulher na relação sexual. **Objetivo:** Comparar os efeitos da liberação miofascial, associada ou não aos exercícios domiciliares de relaxamento do assoalho pélvico, em mulheres com transtorno DGPP. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico prospectivo comparativo, com uma amostra de 20 mulheres que possuem dor na relação sexual e idade superior a 18 anos, sendo aprovado pelo CEP (CAAE: 57875222.3.0000.5505). As avaliações se deram por meio da aplicação do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), análise do tônus muscular utilizando a Escala de Reissing e da força muscular através da Escala de Oxford Modificada. Os tratamentos foram realizados em dois grupos de 10 mulheres. O grupo A recebeu liberação miofascial do assoalho pélvico e o grupo B, além da liberação miofascial do assoalho pélvico, foi oferecido o uso de dilatadores vaginais e uma cartilha com 4 exercícios de relaxamento pélvico para serem realizados à domicílio. As intervenções clínicas foram realizadas duas vezes por semana, com duração de 10 minutos e no período de 5 semanas em ambos os grupos. Já a intervenção domiciliar, realizada apenas no grupo B, 3 vezes por semana, durante 5 semanas. Para a análise dos dados, utilizou-se o teste ANOVA Two Way. **Resultados:** Os resultados mostraram que houve diferença significativa apenas no domínio força intra grupo. **Conclusão:** Conclui-se que a fisioterapia convencional isolada ou combinada com exercícios de relaxamento domiciliares não foi capaz de modificar a DGPP.

Palavras-chaves: Dispareunia. Fisioterapia. Exercícios

ABSTRACT

Introduction: Genito-pelvic pain/penetration disorder (GPPD) is any difficulty that persists for at least six months and/or causes significant distress for women during sexual intercourse. **Objective:** To compare the effects of myofascial release, associated or not with home pelvic floor relaxation exercises, in women with PGPD. **Methods:** This was a prospective comparative clinical trial, with a sample of 20 women who had pain during sexual intercourse and were over 18 years old, and was approved by the CEP (CAAE: 57875222.3.0000.5505). Assessments were made using the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire, muscle tone analysis using the Reissing Scale and muscle strength using the Modified Oxford Scale. The treatments were carried out in two groups of 10 women Group A received pelvic floor myofascial release and Group B, in addition to pelvic floor myofascial release, was offered the use of vaginal dilators and a booklet with 4 pelvic relaxation exercises to be performed at home. The clinical interventions were carried out twice a week, lasting 10 minutes and over a period of 5 weeks in both groups. The home intervention was only carried out in group B, 3 times a week for 5 weeks. The Two Way ANOVA test was used to analyze the data. **Results:** The results showed that there was a significant difference only in the intra-group strength domain. **Conclusion:** It can be concluded that conventional physiotherapy alone or combined with home relaxation exercises was not able to modify PGD.

Keywords: Dyspareunia. Physiotherapy. Exercises

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. MÉTODOS	8
3. RESULTADOS.....	13
4. DISCUSSÃO	15
5. CONCLUSÃO	16
6. REFERÊNCIAS.....	17
7. ANEXOS	19

INTRODUÇÃO

O transtorno da dor gênito-pélvica/penetração (DGPP) é definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) como sendo qualquer dificuldade, que persista por um período mínimo de seis meses e/ou que causa sofrimento clinicamente significativo para a mulher. As alterações podem ser identificadas desde o primeiro momento em que a mulher se torna sexualmente ativa ou adquiridas no percurso de sua vida sexual, apresentando-se em grau leve, moderado ou severo, a depender da evidência de sofrimento em relação aos sintomas apresentados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Inicialmente, o DSM-IV subdividia os transtornos sexuais dolorosos em dispareunia e vaginismo, sendo, ainda nos dias atuais, termos bastante utilizados, principalmente pela população. A dispareunia caracteriza-se como sendo a dor sentida exclusivamente durante o ato sexual, podendo se manifestar de forma superficial ou através da profundidade, ou seja, presença de dor ao início da penetração ou presença de dor após a penetração (MATTHES, 2019). Por outro lado, o vaginismo é compreendido como a condição em que a musculatura do assoalho pélvico feminino se encontra em hipertonia, ou seja, em contração muscular recorrente ou persistente, dificultando ou impedindo a penetração (MELNIK, 2012).

A etiologia das disfunções sexuais femininas possuem causas multifatoriais e podem estar relacionadas a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Dentre as causas biológicas pode-se citar o envelhecimento, que irá afetar a função sexual devido a queda dos hormônios ovarianos que ocorre durante a menopausa, causando a redução da lubrificação vaginal e a dispareunia, devido aos níveis reduzidos de estradiol (FAUBION; RULLO, 2015).

Além disso, as doenças crônicas, doenças neurológicas e as neoplasias são fatores biológicos que também afetam a função sexual. Quanto aos fatores psicológicos, os mais comuns são a ansiedade, a depressão, imagem corporal negativa e violência sexual prévia. Por fim, os fatores socioculturais estão relacionados à relacionamento conturbado, disfunção sexual da parceria, cultura e fatores religiosos (FAUBION; RULLO, 2015).

A prevalência das queixas sexuais femininas, independentemente da idade, é de 40%-50% segundo o consenso do 4º Internacional Consulta em Medicina Sexual (ICSM) de 2015. Entretanto, sabe-se que os fatores pessoais e sociodemográficos influenciam nas condições sexuais femininas. Nos Estados Unidos, foi realizado um estudo com 50.001 mulheres, no qual houve a prevalência do transtorno de desejo sexual hipotivo (HSDD), sendo 8,9% em

mulheres de 18 a 44 anos, 12,3% em mulheres de 45 a 64 anos e 7,4% em mulheres de 65 anos ou mais. Outro estudo realizado na Finlândia, verificou que a disfunção sexual mais frequentes nas mulheres eram a diminuição do desejo, sendo com maior prevalência em mulheres com idade entre 55 a 74 anos (70%-80%). (CLAYTON; JUAREZ, 2017)

No entanto, mulheres sexualmente ativas e que são portadoras do transtorno DGPP são significativamente impactadas, sendo alvo de limitações e restrições de atividades e participação social, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), necessitando de assistência e apoio profissional, através da modelo de abordagem PLISSIT, que consiste na permissão à paciente em falar abertamente sobre a queixa sexual, ofertar informações básicas sobre a sexualidade, ofertar conhecimento específico sobre fisioterapia e assoalho pélvico e encaminhar para outras áreas caso seja necessário (FAUBION; RULLO, 2015).

Quanto ao tratamento fisioterapêutico, os mais citados na literatura científica são: 1. Massagem perineal ou liberação miofascial do assoalho pélvico, utilizando a técnica de Thiele, promovendo o relaxamento da musculatura e a eliminação de possíveis pontos de tensão, através da pressão manual tolerável ao paciente ao longo das fibras musculares do assoalho pélvico (MONTENEGRO et al, 2010); 2. Uso de dilatadores vaginais, que contribuem para o alongamento do intróito vaginal, dessensibilização e parecem diminuir a ansiedade à penetração (AVEIRO et al, 2009); 3. Técnicas analgésicas gerais em fisioterapia como termoterapia e eletroterapia. Uma quarta técnica pouco estudada são os exercícios de auto indução do relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, que objetivam a percepção da tensão dos músculos do assoalho pélvico e o relaxamento voluntário dos mesmos. Os exercícios são praticados em posições corporais que facilitam o relaxamento do assoalho pélvico. São práticas que envolvem ampla consciência pélvica e perineal e autopercepção (BETH ISRAEL DEACONESS MEDICAL CENTER, 2016; ÖZGE TOSUN, 2022)

Embora a justificativa para o uso dos exercícios e a teoria explicando o relaxamento, não existem muitos estudos que testaram a eficácia dos referidos exercícios e, devido ao seu baixo custo e fácil aplicabilidade é interessante para a prática clínica maiores estudos. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo comparar os efeitos da liberação miofascial do assoalho pélvico associada ou não com os exercícios de relaxamento pélvico domiciliares em mulheres que apresentam transtorno da dor gênito-pélvica/penetração.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um ensaio clínico prospectivo de dois braços realizado no período de agosto de 2023 a março de 2024 pela Clínica de Fisioterapia, aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, sob o parecer de número 57875222.3.0000.5505.

A divulgação da pesquisa foi realizada por meio de um folder publicado nas redes sociais como grupos de Whatsapp e Instagram. As participantes que manifestaram interesse entraram em contato com a clínica por livre demanda, na qual foram atendidas pela secretária responsável e foram agendadas para uma avaliação inicial.

As participantes foram avaliadas antes e após a intervenção por uma fisioterapeuta independente. Foram divididos dois grupos de intervenção, o grupo A liberação miofascial do assoalho pélvico e grupo B liberação miofascial do assoalho pélvico associada com uso de dilatadores e exercícios de relaxamento do assoalho pélvico domiciliares.

A amostra foi composta por 20 mulheres que buscaram atendimento na Clínica de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia, que apresentassem como critério de inclusão dor antes, durante ou após a relação sexual e idade superior a 18 anos. Foram excluídas pacientes gestantes, diagnóstico de doença inflamatória pélvica e infecções ginecológicas.

Após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, as participantes foram conduzidas a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde puderam sanar todas as suas dúvidas e ter clareza sobre o procedimento utilizado.

A aplicação do questionário inicial foi realizado de maneira padronizada com questões de dados pessoais (nome, idade, data de nascimento, estado civil, telefone, altura, peso, quantidades de parto vaginal e/ou cesária e estado menopausal). Em seguida, as participantes foram submetidas ao Female Sexual Function Index (FSFI).

O questionário Female Sexual Function Index (FSFI) é utilizado para avaliar a funcionalidade sexual feminina. O questionário é constituído por 19 questões sobre a atividade sexual nas últimas quatro semanas, sendo subdividido em seis domínios: desejo, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para cada questão é selecionado

uma das cinco alternativas que melhor a descreve, tendo, cada alternativa, sua pontuação específica e, assim, é feito o score final de cada indivíduo (THIEL et. Al., 2008).

O exame físico foi realizado com a paciente em decúbito dorsal e com as pernas flexionadas, foi utilizado luvas e lubrificante a base de água pelo avaliador, assim, foi inserido o dedo no canal vaginal e avaliado o tônus muscular e a força muscular do assoalho pélvico.

Para análise do tônus muscular foi utilizado a Escala de Reissing, que consiste na quantificação do tônus muscular por meio da palpação vaginal interna. A escala possui sete níveis de classificação, sendo elas: -3 em casos de tônus muito hipotônico; -2 para tônus moderadamente hipotônico; -1 para tônus levemente hipotônico; 0 para tônus normal; +1 para tônus levemente hipertônico; +2 para tônus moderadamente hipertônico e +3 em casos de tônus muito hipertônico (Reissing et al., 2005).

A força muscular foi avaliada através da Escala de Oxford Modificada, na qual é solicitado a máxima contração muscular do assoalho pélvico, mantendo a respiração normal, sendo classificada e pontuada em: 0 (sem contração, ausência de resposta muscular); 1 (esboço de contração muscular não sustentada); 2 (presença de contração de pequena intensidade, mas que sustenta); 3 (contração moderada, com compressão do dedo do examinador e pequena elevação cranial da parede vaginal); 4 (contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador, com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica) ou 5 (contração forte, que comprime os dedos do examinador com movimentos em direção à sínfise púbica) (LAYCOCK, 1998).

O tratamento clínico do grupo intervenção A (n=10) e o grupo intervenção B (n=10) foi realizado duas vezes por semana, com duração de 10 minutos, no período de 5 semanas, totalizando 10 sessões. Já o tratamento domiciliar, realizado apenas pelo grupo intervenção B, totalizou 15 sessões, devendo ser executado em um período de 5 a 8 semanas. Os exercícios tiveram como recomendação principal a realização de 3 vezes na semana por 5 semanas.

O grupo A recebeu a liberação miofascial do assoalho pélvico, que consiste da palpação endocavitária do assoalho pélvico feminino, com objetivo de liberar pontos gatilhos e alongar a musculatura, promovendo o relaxamento e melhorando o quadro algico e, assim, favorecendo a penetração (MONTENEGRO et al, 2010).

Inicialmente, com a paciente em posicionamento de litotomia modificada, o fisioterapeuta, com uso de luvas e lubrificante, introduziu o dedo indicador 2 a 3cm do interior da vagina e realizou deslizamento com as pontas dos dedos nas regiões de 3 a 6 e 6 a 9 do relógio, alongando por um minuto cada região. Também foram feitos o alongamento por meio do deslizando com os dedos em C e/ou em U mesmas regiões (Lucheti; MARTINS; FERNANDES, 2019).

Em adicional, no grupo intervenção (B), além da liberação miofascial do assoalho pélvico, foi oferecido o uso de dilatadores vaginais e uma cartilha com 4 exercícios de relaxamento pélvico para serem realizados à domicílio. Os dilatadores utilizados são de silicone e possuem tamanhos variados, sendo aumentados de maneira gradual com o objetivo de alongar o introíto vaginal e reduzir a ansiedade de penetração. A introdução foi realizada com preservativos e lubrificantes e sustentados por 5-15 minutos conforme tolerância da paciente (NAGAMINE; SILVA, 2021). Ademais, a cartilha foi enviada em formato PDF, contendo instruções detalhadas para auxiliar no posicionamento e realização dos exercícios, e em formato de Site (anexo 1), com vídeos práticos e explicativos para melhor compreensão. Ambos os materiais foram disponibilizados via WhatsApp, além da disponibilização de suporte online 24 horas para sanar possíveis dúvida no decorrer do projeto.

A cartilha de exercícios domiciliares era composta por um circuito contendo 4 posicionamentos corporais diferentes, onde, cada um deles, deveriam ser mantidos por 4 minutos. Assim, logo após realizar a posição do exercício, foi solicitado a inspiração e expiração profunda juntamente com a contração e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, respectivamente, para promover uma maior consciência corporal. Em seguida, a paciente deveria manter a respiração normal e o assoalho pélvico relaxado por 4 minutos. A sequência de posicionamento é: cócoras (FIGURA 1); sentada em posição de borboleta (FIGURA 2); deitada com flexão de quadril e joelhos com mãos alcançando os pés (postura da criança) (FIGURA 3) e sentada sob bola macia em tuberosidade isquiática (FIGURA 4).

FIGURA 1 – Cócoras



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

FIGURA 2 – Sentada em posição de borboleta



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

FIGURA 3 - Deitada com flexão de quadril e joelhos com mãos alcançando os pés (postura da criança)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

FIGURA 4 - Sentada sob bola macia em tuberosidade isquiática



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

O controle de execução dos exercícios (Grupo B) foi realizado a cada início da semana (Domingo), sendo enviado um formulário Google Forms para cada paciente. No formulário, era fornecido campos para preenchimento do grau de dificuldade e exercícios executados por cada paciente em cada semana, tendo as opções: exercício realizado completamente; exercício realizado parcialmente ou exercício não realizado. Caso a paciente marcasse a opção “exercício realizado parcialmente” ou “exercício não realizado”, havia um campo de observação em que ela preenchia o motivo. Para auxiliar o preenchimento, foi fornecido imagens dos 4 exercícios propostos.

Os dados foram tabulados em um banco de dados do Microsoft Excel versão 2019 e, em seguida, apresentados em tabelas com análises descritivas, incluindo média, desvio padrão e percentuais. Posteriormente, foi utilizado o programa Jamovi – versão 2.3.21 – para verificar a normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk e para realizar a análise dos dados utilizando o teste ANOVA Two Way, com um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 mulheres, randomizadas em 2 grupos, sendo 10 no grupo liberação miofascial do assoalho pélvico e 10 no grupo liberação miofascial do assoalho pélvico associada ao uso de dilatadores vaginais e exercícios de relaxamento do assoalho pélvico. Os dados demográficos das mulheres incluídas estão descritos na Tabela 1. Observa-se que as mulheres do grupo terapia manual eram ligeiramente mais velhas, porém, sem diferenças significativas em número de partos, índice de massa corporal e estado menopausal.

Tabela 1 - Características demográficas dos grupos

Variáveis	Grupo A	Grupo B
	M (±DP) / N(%)	M (±DP) / N(%)
Idade	29,3 (± 9,63)	24,2 (± 5,61)
Parto Vaginal	0,5 (± 0,85)	0 (± 0)
Parto Cesária	0,1 (± 0,32)	0 (± 0)
IMC	23,5 (± 3,75)	20,9 (± 2,49)

Estado Menopausal	10 (100%)	10 (100%)
Sim	1 (10%)	0 (0%)
Não	9 (90%)	10 (100%)

No que tange à função sexual, avaliada por meio do questionário FSFI, observa-se que houve melhora após o tratamento para os 2 grupos em todos os domínios avaliados e também no escore total. A Tabela 2 representa a diferença entre antes e depois do tratamento para cada grupo. Os resultados negativos representam que o valor ao final do tratamento foi inferior ao escore no início, que no questionário FSFI indica melhora da função naquele domínio ou escore. Na comparação entre os grupos observa-se que não houve diferença significativa, ou seja, acrescentar os exercícios de relaxamento do assoalho pélvico à terapia manual convencional não foi superior à terapia manual convencional isolada.

Tabela 2 - Comparação das diferenças na função sexual entre os grupos, representadas pela diferença entre o final e o início do tratamento.

Variáveis	Grupo A	Grupo B	P	Effect
	Dif. média (\pm DP)	Dif. média (\pm DP)		Size
Desejo	-0,12 (\pm 1)	-0,3 (\pm 1,1)	0.571	-0.0170
Excitação	-0,54 (\pm 0,8)	-0,15(\pm 1,9)	0.090	0.0502
Lubrificação	-0,18 (\pm 0,9)	-0,45(\pm 2)	0.104	0.0447
Orgasmo	-0,14 (\pm 1,4)	0(\pm 2,1)	0.293	0.0037
Satisfação	-0,56 (\pm 0,8)	-0,2(\pm 2,2)	0.556	-0.0170
Dor	-0,72 (\pm 1,4)	-1,2(\pm 2,4)	0.678	-0.0213
Escore Total FSFI	-2,2 (\pm 5,2)	-1,4 (\pm 9,6)	0.417	-0.0086

Em relação a adesão das participantes, representada na tabela 3, observa-se que 30% delas realizaram os exercícios em 5 semanas, 40% em 6 semanas e 30% em 7 semanas, demonstrando que apenas 3 mulheres do grupo experimental realizaram os exercícios conforme foi solicitado, ou seja, 3 vezes na semana.

Tabela 3 – Adesão das participantes do grupo experimental em relação aos exercícios domiciliares

Semanas	N (N=10)	%
5 semanas	3	30%
6 semanas	4	40%
7 semanas	3	30%
8 semanas	0	0
Total	10	100%

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi comparar os efeitos da liberação miofascial do assoalho pélvico individualizada ou associada aos exercícios de relaxamento pélvico domiciliares em mulheres com transtorno da dor gênito-pélvica/penetração, onde se teve como resultado, que as intervenções propostas não foram capazes de modificar o transtorno da dor gênito-pélvica/penetração.

Era esperado que as intervenções propostas promovessem melhora clinicamente significativa, uma vez que, de acordo com a autora Damla Korkmaz et al. (2022), as posições dos exercícios de relaxamento do assoalho pélvico adotadas no estudo, de fato, diminuem a atividade elétrica gerada pelos músculos do assoalho pélvico facilitando o seu relaxamento. Segundo, a postos autores, a postura borboleta trouxe maiores resultados, seguida pela postura de cócoras e postura da criança, respectivamente. Além disso, Cansu Iyyk et al. (2023) demonstraram que os exercícios de relaxamento contribuem positivamente para a função sexual em pacientes com dispareunia.

No entanto, pode-se concluir que os resultados deste estudo não foram clinicamente significativos. Isto pode ter ocorrido devido ao fato dos exercícios de relaxamento serem realizados à domicílio, o que diminuiu a adesão e comprometimento das participantes quanto a execução, trazendo como dificuldades experimentais: possíveis má execução dos exercícios e o não cumprimento dos mesmos podem ter influenciado. Além disso, embora a proposta tenha sido a realização dos exercícios 3x/semana, as mulheres incluídas os realizaram em média 2x/semana. Segundo a Zanetti et al. (2007), a supervisão nas intervenções é um componente

essencial para a efetividade dos tratamentos domiciliares. Em seu estudo, com pacientes portadores de incontinência urinária ao esforço, foi realizado uma comparação entre grupos, onde o grupo controle realizou exercícios perineais não supervisionados e o grupo intervenção realizou exercícios perineais supervisionados por um fisioterapeuta. A presença do fisioterapeuta supervisionando a prática dos exercícios, esclarecendo dúvidas e encorajando com o comando verbal representou diferença enorme no resultado final.

Como pontos fortes do estudo, destaca-se o fato de ser um ensaio clínico randomizado controlado e possuir como método de intervenção a prescrição de exercícios padronizados, disponibilizados por meio de cartilha e site, tornando o estudo mais específico e homogêneo quanto ao tratamento. Por outro lado, as limitações foram o tamanho amostral reduzido e os exercícios terem sido realizados em domicílio. Embora o relaxamento do assoalho pélvico voluntário seja aconselhável para mulheres, ainda não é possível afirmar que os exercícios de relaxamento pélvico tenham uma melhora clinicamente relevante, sendo necessário a realização de novos estudos nessa temática.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a liberação miofascial do assoalho pélvico em mulheres com transtorno da dor gênito-pélvica/penetração é eficaz e, além disso, os exercícios de relaxamento do assoalho pélvico não são complementares ao tratamento, ou seja, não é superior a realização da liberação miofascial do assoalho pélvico de forma individualizada. É necessário a realização de mais estudos acerca do tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, CHN; OLIVEIRA JR, WM; MOREIRA JR, ED; FITTIPALDI, JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, [S. l.], p. 1-7, 12 fev. 2004.

American Psychiatric Association (APA). . **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014

ARAÚJO, I. M. M. DE .; MONTEIRO, T. J. L.; SIQUEIRA, M. L. F.. Non-pharmacological therapeutic approaches to painful sexual dysfunction in women: integrative review. **BrJP**, v. 4, n. 3, p. 239–244, jul. 2021.

AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P.. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 279–283, jul. 2009.

CLAYTON, Anita H.; JUAREZ, Elia Margarita Valladares. Female Sexual Dysfunction. **Psychiatric Clinics of North America**, [s. l.], v. 40, ed. 2, 2017.

DIAS-AMARAL, A.; MARQUES-PINTO, A.. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 12, p. 787–793, dez. 2018.

FAUBION, Stephanie S.; RULLO, Jordan E. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. **American Family Physician** , [S. l.], p. 1-6, 15 ago. 2015.

IŞIK, Cansu & ASLAN, Ergül. The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study, 2023. 683-692. 10.1007/s00192-022-05204-7.

LUCHETI, Gislaine Cristina; MARTINS, Tatiane; FERNANDES, Isabel. Efeito da massagem perineal no tratamento da disfunção sexual dispareunia. **Centro Universitário Uniamérica**, [s. l.], 2019.

MATTHES, Angelo do Carmo. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 30, n. 1, 2019. DOI: 10.35919/rbsh.v30i1.66. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/66. Acesso em: 18 out. 2023.)

MELNIK T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012 Dec 12;12(12):CD001760. doi: 10.1002/14651858.CD001760.pub2. PMID: 23235583; PMCID: PMC7072531.

MONTENEGRO, Mary Lourdes Lima de Souza et al. **Thiele massage as a therapeutic option for women with chronic pelvic pain caused by tenderness of pelvic floor muscles**. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 16, n. 5, p. 981-982, 2010 Tradução . . Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01202.x>. Acesso em: 02 jan. 2024.

NAGAMINE, B.P; SILVA, K.C.C. The use of perineal massagers and vaginal dilators as methods of physiotherapeutic treatment in Pelvic Dysfunctions: Vaginismus and Dyspareunia. **Research Society and Development**, [S. l.], p. 4-5, 4 jun. 2021.

NEWMAN, DK, Laycock, J. (2008). Avaliação Clínica dos Músculos do Assolho Pélvico. In: Baessler, K., Burgio, KL, Norton, PA, Schüssler, B., Moore, KH, Stanton, SL (eds) Reeducação do assoalho pélvico. **Springer**, Londres. https://doi.org/10.1007/978-1-84628-505-9_9

REISSING, ED; BROWN, C; LORD, MJ; BINIK, YM; KHALIFE, S. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, [S. l.], p. 107-113, 26 jun. 2005.

SATAKE, Juliana Tamy; PEREIRA, Thalita R.C; AVEIRO, Mariana Chaves. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). **Sao Paulo Med J**, [S. l.], p. 1-6, 16 abr. 2018.

THIEL, R. DO RC et al.. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** , v. 10, pág. 504–510, fora. 2008.

TOSUN, Özge & KORKMAZ Dayıcan, DAMLA & KESER, İrem & Kurt, Sefa & Senduran Yıldırım, Meric & Tosun, Gökhan. Are clinically recommended pelvic floor muscle relaxation

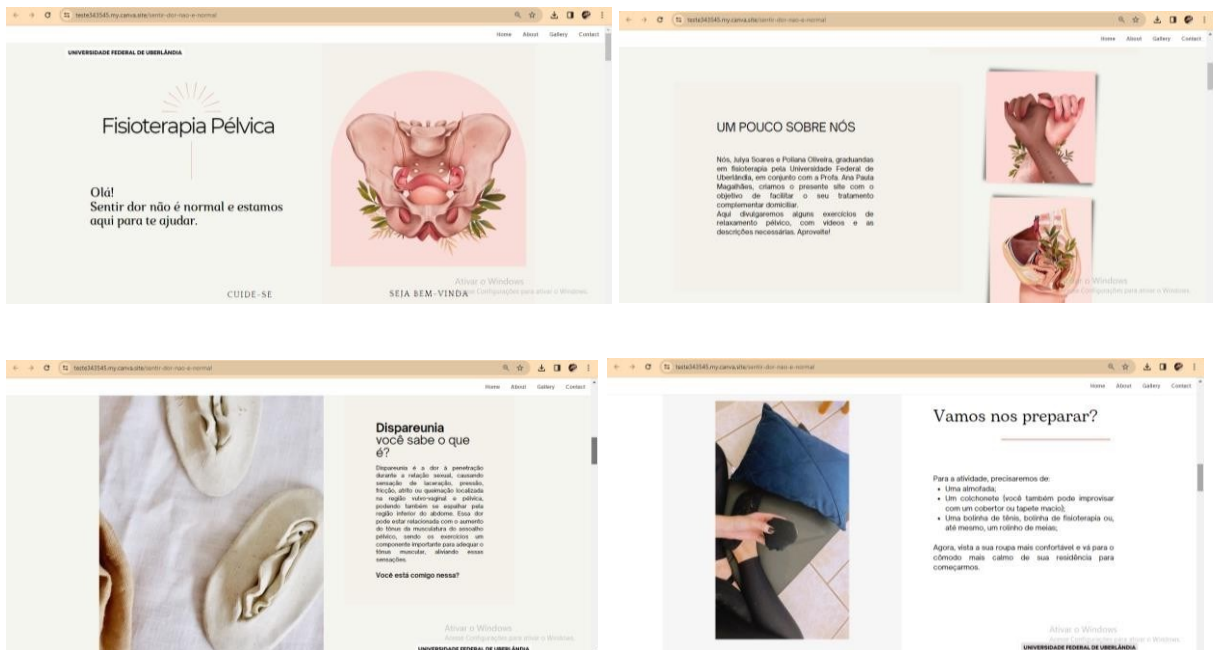
positions really efficient for muscle relaxation?. International Urogynecology Journal 33, 2022. 10.1007/s00192-022-05119-3.

TRONCON, Júlia Kefalás; PANDOCHI, Heliana Aparecida da Silva; LARA, Lúcia Alves. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 69–74, 2017. DOI: 10.35919/rbsh.v28i2.25. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/25. Acesso em: 18 out. 2023.

Zanetti MR, Castro R de A, Rotta AL, Santos PD, Sartori M, Girão MJ. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. Sao Paulo Med J. 2007 Sep 6;125(5):265-9.

ANEXOS

Anexo 1. Site contendo os exercícios de relaxamento pélvico fornecido para as participantes



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Exercícios de liberação MAP

1º Exercício

Posicionamento: cócoras

Dobre os joelhos, em posição de agachamento, deixando o glúteo o mais próximo do chão possível. Coloque os cotovelos próximos aos joelhos e una as mãos.

Puxe o ar pelo nariz profundamente ao mesmo tempo que contrai o assoalho pélvico, em seguida, solte o ar pela boca lentamente ao mesmo tempo que relaxa o seu assoalho pélvico.

Mantenha o seu assoalho pélvico relaxado e a respiração normal por 4 minutos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Exercícios de liberação MAP

2º Exercício

Posicionamento: Borboleta

Coloque os pés em cima de um travessão ou almofada, junte-os em posição de borboleta, deixando as pernas relaxadas. Você também pode inclinar o tronco para a frente alcançando a cabeça nos pés.

Puxe o ar pelo nariz profundamente ao mesmo tempo que contrai o assoalho pélvico, em seguida, solte o ar pela boca lentamente ao mesmo tempo que relaxa o seu assoalho pélvico.

Mantenha o seu assoalho pélvico relaxado e a respiração normal por 4 minutos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Exercícios de liberação MAP

3º Exercício

Posicionamento: Deitada

Ao deitar, estique suas pernas para cima encostando em uma parede. Dobre suas pernas até que alcance suas mãos nas pontas dos pés.

Puxe o ar pelo nariz profundamente ao mesmo tempo que contrai o assoalho pélvico, em seguida, solte o ar pela boca lentamente ao mesmo tempo que relaxa o seu assoalho pélvico.

Mantenha o seu assoalho pélvico relaxado e a respiração normal por 4 minutos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Exercícios de liberação MAP

4º Exercício

Posicionamento: Sentada

Encontre sua tuberosidade isquiática (estrutura óssea mais proeminente do glúteo) e coloque a bolinha em direção ao ânus, sente sobre esta relaxando seu assoalho pélvico.

Puxe o ar pelo nariz profundamente ao mesmo tempo que contrai o assoalho pélvico, em seguida, solte o ar pela boca lentamente ao mesmo tempo que relaxa o seu assoalho pélvico.

Mantenha o seu assoalho pélvico relaxado e a respiração normal por 4 minutos.