

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Curso de graduação em Fisioterapia

Maria Eduarda Santos Basilio

Poliana De Castro Souza

**IMPACTO DA TERAPIA MANUAL DO ASSOALHO PÉLVICO
ASSOCIADA AO USO DE DILATADORES NA FUNÇÃO SEXUAL DE
MULHERES COM DOR GÊNITO-PÉLVICA**

Uberlândia

2025

Maria Eduarda Santos Basilio

Poliana De Castro Souza

**IMPACTO DA TERAPIA MANUAL DO ASSOALHO PÉLVICO
ASSOCIADA AO USO DE DILATADORES NA FUNÇÃO SEXUAL DE
MULHERES COM DOR GÊNITO-PÉLVICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no
curso de graduação de Fisioterapia da
Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Professora Ana Paula Magalhães
Resende

Coorientadora: Lyana Belém Marinho

Uberlândia

2025

RESUMO

Introdução: A dor gênito-pélvica feminina é uma condição multifatorial que afeta negativamente a qualidade de vida, as relações interpessoais e a função sexual das mulheres. Dentre as abordagens terapêuticas disponíveis, a fisioterapia pélvica tem se mostrado uma estratégia eficaz e segura para o manejo dessa disfunção. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da terapia manual do assoalho pélvico isoladamente e associada ao uso de dilatadores vaginais no tratamento da dor gênito-pélvica feminina. **Método:** Trata-se de ensaio clínico randomizado e controlado, que incluiu mulheres com dor gênito-pélvica/penetração (DGPP). As participantes foram divididas em dois grupos: Grupo TM recebeu exclusivamente terapia manual do assoalho pélvico, enquanto o TMD foi submetido à terapia manual associada ao uso de dilatadores vaginais. Ambas as intervenções foram aplicadas em 5 atendimentos e seguiram um protocolo padronizado. O desfecho primário foi a função sexual avaliada pelo questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI). **Resultados:** Ambos os grupos apresentaram melhora significativa na percepção da dor (grupo TM melhorou 1,3 ($\pm 1,4$) pontos e grupo TMD melhorou 1,6($\pm 1,8$) pontos, $p=0.567$), bem como evolução positiva na função sexual, sendo observada a saída da zona de disfunção sexual em grande parte das participantes. Não foram observadas diferenças entre os grupos, indicando que tanto a terapia manual isolada quanto a sua associação com dilatadores foi igualmente eficaz no tratamento da DGPP. **Conclusão:** A terapia manual com ou sem o uso de dilatadores, configura-se como uma intervenção eficaz para mulheres com DGPP, promovendo alívio da dor e melhora da função sexual. Este estudo contribui para a valorização do papel da fisioterapia no cuidado da saúde da mulher e reforça a importância de estratégias terapêuticas individualizadas e baseadas em evidências.

Palavras-chave: Função sexual, dispareunia, assoalho pélvico.

ABSTRACT

Introduction: Female genito-pelvic pain is a multifactorial condition that negatively impacts quality of life, interpersonal relationships, and women's sexual function. Among the available therapeutic approaches, pelvic physical therapy has proven to be an effective and safe strategy for managing this dysfunction.

Objective: To evaluate the effects of pelvic floor manual therapy alone and in combination with the use of vaginal dilators in the treatment of female genito-pelvic pain.

Method: This is a randomized controlled clinical trial that included women with genito-pelvic/penetration pain (GPP/PP). Participants were divided into two groups: the MT group received exclusively pelvic floor manual therapy, while the MTD group underwent manual therapy combined with the use of vaginal dilators. Both interventions were applied over 5 sessions and followed a standardized protocol. The primary outcome was sexual function, assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire.

Results: Both groups showed significant improvement in pain perception (MT group improved by 1.3 (± 1.4) points and MTD group by 1.6 (± 1.8) points, $p=0.567$), as well as positive progress in sexual function, with most participants moving out of the sexual dysfunction zone. No differences were observed between the groups, indicating that both manual therapy alone and its combination with dilators were equally effective in treating GPP/PP.

Conclusion: Manual therapy, with or without the use of dilators, is an effective intervention for women with GPP/PP, promoting pain relief and improved sexual function. This study contributes to the recognition of the role of physical therapy in women's health care and reinforces the importance of individualized and evidence-based therapeutic strategies.

Keywords: Sexual function, dyspareunia, pelvic floor.

Sumário

INTRODUÇÃO 6

OBJETIVO 7

METODOLOGIA 7

RESULTADOS 11

DISCUSSÃO 12

CONCLUSÃO 14

REFERÊNCIAS 14

Anexo 1 16

INTRODUÇÃO

A dor gênito-pélvica/penetração (DGPP) é definida como dor que ocorre durante a penetração ou nas tentativas, e está cada vez mais incidente entre as mulheres. Pode ser dividida em quatro sintomas: a) dificuldade para ter relações sexuais, b) dor gênito-pélvica, c) medo da dor ou da penetração vaginal e d) tensão dos músculos do assoalho pélvico. Essa condição possui causas físicas à psíquicas, envolvendo um trabalho multiprofissional em seu tratamento (American Psychiatric Association, 2014).

Durante a avaliação são considerados cinco fatores da dor, sendo eles: fatores relacionados ao parceiro, ao relacionamento, a vulnerabilidade individual, fatores culturais ou religiosos e fatores médicos. Todos são muito importantes e devem ser considerados durante um diagnóstico e avaliação (American Psychiatric Association, 2014).

A prevalência da dor gênito-pélvica/penetração ainda não está bem estabelecida. Estima-se que 30% a 50% da população feminina norte americana sofrem com essa disfunção, e 32% da população feminina brasileira também, porém, dentre essas, apenas 5% procuram ajuda. (Thiel et al., 2008; Işık, Cansu & Aslan, 2022).

No que tange o tratamento, atividades que contribuem para o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico e redução de tônus muscular e dessensibilização da região são os mais utilizados, mas também foram descritos exercícios de alongamento e relaxamento global. (Tosun, Özge & Korkmaz Dayıcan, 2022). Nesse sentido, os principais recursos descritos são o uso de dilatadores que contribuem para o alongamento do introito vaginal e dessensibilização perineal; a terapia manual do assoalho pélvico que alguns também denominam liberação miofascial ou massagem perineal, que tem o objetivo de reduzir as tensões, através de uma pressão suportável pela mulher, para que obtenha o relaxamento e conforto para as atividades sexuais (American Psychiatric Association, 2014).

Os dilatadores vaginais antes usados apenas para mulheres com alterações viscoelásticas da vagina passaram a ser usados por fisioterapeutas para mulheres com dor por alteração da contratilidade, estes desempenham um papel importante no aumento da elasticidade do canal vaginal, sendo uma alternativa terapêutica não

medicamentosa para o tratamento da DGPP. Seu uso facilita a adaptação miofascial da região, possibilitando a progressão gradativa no tamanho dos dilatadores conforme a paciente se adapta, sempre respeitando seus limites de conforto. Esse processo contribui para a diminuição da dor percebida durante a relação sexual (Araújo et al., 2021).

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo comparar os impactos da terapia manual do assoalho pélvico, associado ao uso de dilatadores na função sexual de mulheres com dor gênito pélvica.

METODOLOGIA

Trata-se de ensaio clínico randomizado e controlado. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE 69161623.0.0000.5152) e conduzido no Ambulatório de Fisioterapia na Saúde da Mulher e Disfunções do Assoalho Pélvico da Universidade Federal de Uberlândia. Foram incluídas mulheres que apresentam queixa de dor durante a relação sexual, maiores de 18 anos, que já tenham passado por intercurso sexual com penetração vaginal e que estão no menacme. Foram excluídas aquelas com doenças neuromusculares e histórico de câncer, radioterapia ou braquiterapia pélvica.

Inicialmente foram coletados dados demográficos como idade, paridade (nº de gestações e nº de partos vaginais) por meio de questões de ficha de avaliação, em seguida, a função sexual foi avaliada pelo questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Thiel et al., 2008). O FSFI é um questionário curto e de fácil aplicação, podendo ser preenchido pela própria paciente. Ele tem como objetivo avaliar a resposta sexual feminina em seis aspectos: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O instrumento é composto por 19 perguntas que analisam a função sexual no último mês. Cada questão possui opções de resposta pontuadas de 0 a 5, refletindo de forma crescente a presença da função avaliada, com exceção das perguntas relacionadas à dor, cuja pontuação é invertida. Ao final da aplicação, obtém-

se um escore total, calculado a partir da soma das pontuações de cada domínio, ajustadas por um fator que equilibra sua influência no resultado. Embora o FSFI não identifique qual fase da resposta sexual está comprometida, ele permite diferenciar grupos com maior ou menor risco de disfunção sexual. O ponto de corte estabelecido para a população original do instrumento é 26, sendo que escores iguais ou inferiores a esse valor sugerem a presença de disfunção sexual (Thiel et al., 2008).

As participantes foram randomizadas em 2 grupos: terapia manual (TM) que recebeu a terapia manual do assoalho pélvico e terapia manual + instrumental (TMD) que recebeu terapia manual do assoalho pélvico associada ao uso do dilatador vaginal. Para ambos os grupos foram realizados 5 atendimentos com duração de 20min aproximadamente. As intervenções foram feitas nos músculos superficiais do assoalho pélvico e músculos profundos de maneira intravaginal.

Em relação ao uso dos dilatadores a escolha era feita de acordo com a tolerância de cada paciente, onde no primeiro dia de atendimento foi definido por ordem de diâmetro começando do menor para o maior até o tolerado por cada participante, havendo em alguns casos progressão de dilatador quando ela tolerava um dilatador maior, como também diminuição do diâmetro em casos em que ela sentia dor com o tamanho utilizado.

O protocolo de intervenção para terapia manual foi o seguinte: Aquecimento: 4 minutos de terapia manual nos músculos superficiais do assoalho pélvico (fig. 2) sendo 1 minuto em cada ponto. Em seguida, 2 minutos de deslizamento em C de cada lado (fig. 4, 6 e 8), sendo 1 minuto para cada lado. E em seguida, 30 segundos a 1 minuto de massagem pontual nos pontos do relógio de Laycock (fig. 1 e 7), sendo eles: 3h, 4h, 5h, 6h, 7h, 8h, 9h, (fig. 3, 5 e 7), este tempo varia conforme a tensão do ponto, sendo avaliado pelo terapeuta na hora. Este processo, foi realizado duas vezes, totalizando aproximadamente 20 minutos.

As mulheres do grupo TM se submeteram a aproximadamente 20 minutos do protocolo acima descrito. As mulheres do grupo TMD realizaram o mesmo protocolo acima por aproximadamente 10 minutos de terapia manual e outros 10 minutos aproximados, com a terapia com o dilatador vaginal. Na análise estatística, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade dos dados e o teste de Mann Withney para comparação entre as variáveis de interesse, foi adotado o nível de significância de 5%.

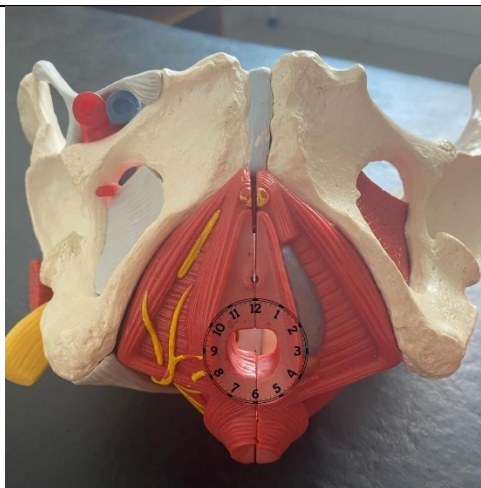


Fig. 1 – Representação dos pontos pelo Relógio de Laycock.

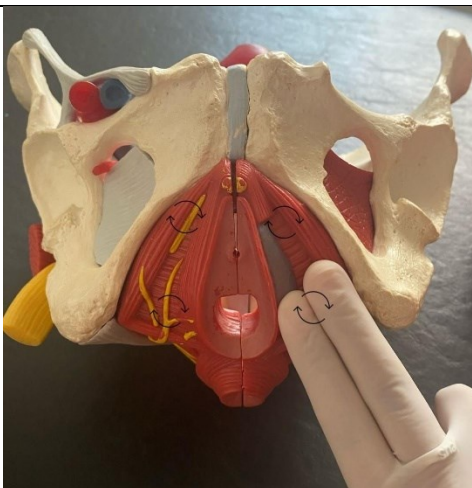


Fig. 2 – Pontos para terapia manual nos músculos superficiais do assoalho pélvico.

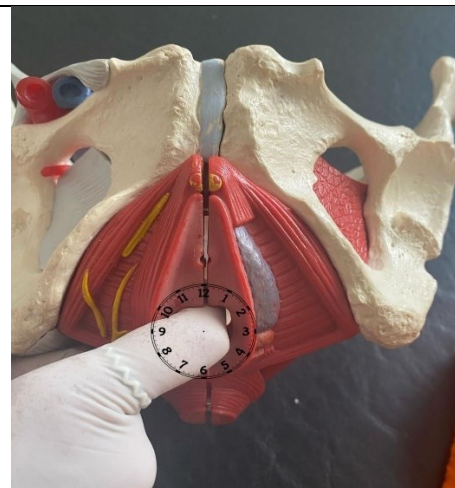


Fig. 3 – Ponto de compressão dos músculos profundos do assoalho pélvico.
Ex: 9h.

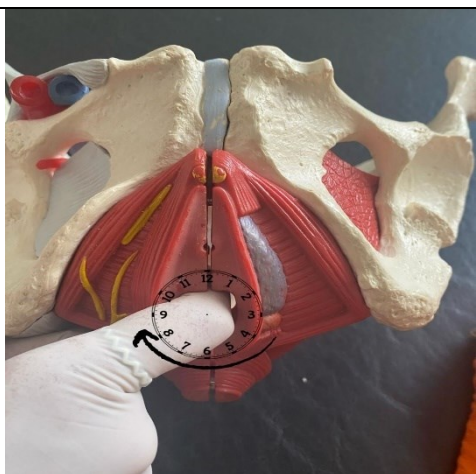


Fig. 4 – Terapia manual com deslizamento nos músculos profundos em C, 6h a 9h.

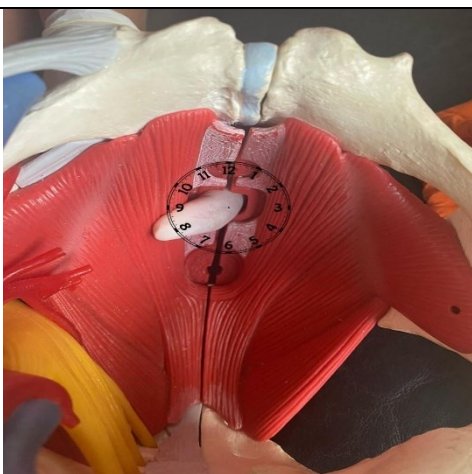


Fig. 5 – Demonstração interna de Ponto de compressão dos músculos profundos do assoalho pélvico.
Ex: 9h.

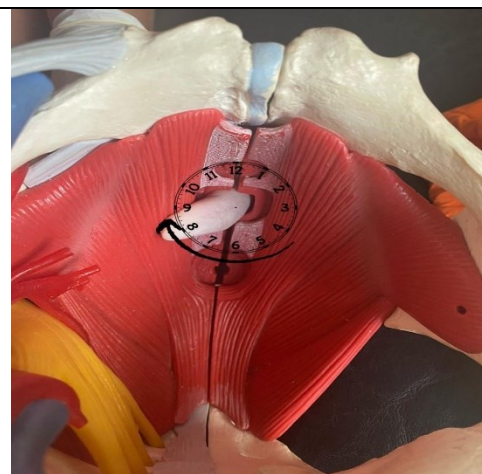


Fig. 6 – Demonstração interna de pontos da terapia manual com deslizamento nos músculos profundos em C, 6h a 9h.

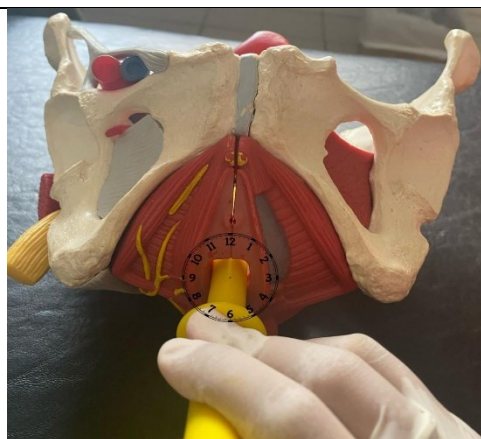


Fig. 7 – Pontos de compressão conforme relógio de Laycock, associado ao uso de Dilatadores.

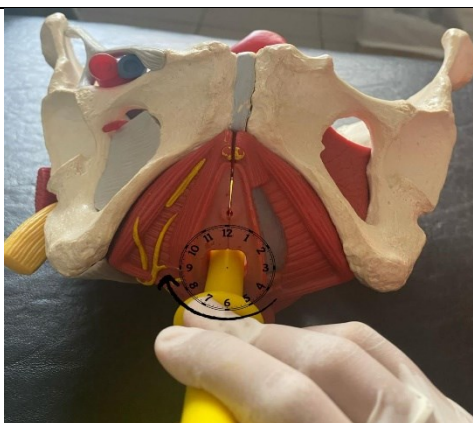


Fig. 8 – Deslizamento em C, conforme relógio de Laycock, com o uso de Dilatadores. Ex: 6h a 9h.



Fig.9- Dilatadores utilizados nos atendimentos, variando o tamanho entre as pacientes.

RESULTADOS

Completaram o estudo 8 participantes no grupo TM e 7 participantes no grupo TMD. Os dados demográficos estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas das participantes do estudo.

Variáveis	Grupo TM (n=8) M ($\pm$ DP) / N (%)	Grupo TMD (n=7) M ($\pm$ DP) / N (%)
Idade (anos)	25,7 ($\pm$ 5,94)	27,2 ($\pm$ 5.65)
Nº gestações	0,5 ($\pm$ 0,85)	0 ($\pm$ 0)
Nº partos vaginais	0,1 ($\pm$ 0,32)	0 ($\pm$ 0)
IMC (Kg/m ²)	23,5 ($\pm$ 3,7)	22,7 ($\pm$ 5.6)

Quanto ao desfecho principal que foi a avaliação da função sexual avaliada pelo questionário FSFI, o escore total passou de 24,2 pré-tratamento para 27 pós-tratamento no grupo TM e de 25,1 pré-tratamento para 28,2 pós-tratamento no grupo TMD, sem diferença estatisticamente significativa entre eles ao final do tratamento ($p= 0,371$). A Tabela 2 demonstra a modificação observada no questionário (valor final subtraído do valor inicial) para cada grupo de acordo com os domínios do questionário.

Tabela 2 – Comparação entre os grupos com relação às mudanças no questionário FSFI antes e após o tratamento.

Variáveis	Grupo TM (n=8) Dif. média (±DP)	Grupo TMD (n=7) Dif. média (±DP)	P valor*
Desejo	0,17(±2)	0,3 (±1)	0.679
Excitação	0,56(±0,7)	0,18(±1,7)	0.099
Orgasmo	0,16(±0,6)	0,47(±1,8)	0.102
Lubrificação	0,13(±1,2)	0(±1,8)	0.271
Satisfação	0,61(±0,6)	0,3(±2,1)	0.572
Dor	1,3(±1,4)	1,6(±1,8)	0.567
Escore total FSFI	2,8(±4,8)	3,1 (±7,4)	0.529

* Teste de Mann-Whitney

Observa-se que houve melhora em todos os domínios, mas que não houve superioridade de um grupo em relação ao outro.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a função sexual de mulheres com DGPP antes e após tratamento de terapia manual como tratamento único ou em associação aos dilatadores vaginais. Os resultados demonstraram que ambos os grupos melhoraram, sem superioridade de um tratamento em relação ao outro.

Já está amplamente divulgado que no questionário FSFI escores inferiores a 26,5 são indicativos de disfunção sexual. No presente estudos, ambas as intervenções foram eficazes para o tratamento da DGPP pois em ambos os grupos houve melhora dos escores para valores superiores ao ponto de corte para disfunção (Pacagnella et al., 2008).

Dentre os domínios avaliados pelo FSFI, o resultado melhor foi observado para o domínio dor. A diferença média para este item foi de 1,3 no grupo TM e 1,6 no grupo TMD, enquanto os demais domínios apresentaram diferenças menores. Esse achado reforça a eficácia das intervenções fisioterapêuticas no alívio da dor durante a relação sexual, fator essencial para a melhora da qualidade de vida e da função sexual dessas pacientes (Wolpe et al., 2022; Berghmans et al., 2018).

A melhora da dor pode ser justificada pelo aumento da vascularização local e pela liberação de pontos-gatilho musculares no assoalho pélvico. A dor miofascial causa pontos

formados por bandas tensas e bandas alongadas nos sarcômeros musculares. As bandas tensas são formadas por um atracamento maior dos filamentos de actina e miosina, que comprime os vasos que irrigam aquela parte do músculo causando hipoxemia e consequente dor. A dor, por sua vez, causa mais espasmo muscular e hipersensibilidade da região, desencadeando um ciclo vicioso dor-espasmo-dor. Ao melhorar a vascularização local, a oxigenação tecidual também melhora e a dor ocasionada pela hipoxemia diminui. (Rosembaum, 2005; Rosembaum 2008, Berghmans et al, 2018; Padoa et al., 2021).

Outros estudos avaliaram os efeitos da terapia manual do assoalho pélvico para DGPP e encontraram melhora. (Gadheri et al 2019), observaram melhora no escore total do FSFI de 4,92 nas 32 mulheres tratadas. Em nosso estudo foram menos atendimentos e a melhora no escore total foi mais discreta, porém, ainda assim houve grande benefício de sair da escore de disfunção sexual.

No que concerne ao uso dos dilatadores para o tratamento da disfunção sexual, Morin et al (2021) investigaram efeitos dessa abordagem associada a terapia manual em pacientes com disfunção sexual, onde obtiveram uma melhora significativa. Em acordo com esses achados estão os resultados do presente estudo. No estudo de Morin, as pacientes realizavam o tratamento, apenas três vezes na semana e realizavam em casa, enquanto no presente estudo os dilatadores foram utilizados pelo fisioterapeuta, com progressão individualizada para cada paciente, sendo possível, a realização de ajustes, de acordo com a resposta individual de cada uma. Além disso, a supervisão clínica favorece a adesão ao tratamento, assegurando o uso da forma correta e progressiva dos dilatadores, potencializando a dessensibilização e promovendo o relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, com o objetivo da melhora da disfunção sexual.

Os pontos fortes deste estudo são ter sido randomizado e ter comparado as intervenções com o mesmo tempo de dedicação, além de ter utilizado instrumento validado e centrado no paciente para avaliar o desfecho principal que foi a função sexual. No entanto, algumas limitações devem ser consideradas, como o número reduzido de participantes em cada grupo (N=7 e N=8) e a quantidade limitada de atendimentos. Embora os resultados indiquem uma melhora na função sexual e na redução da dor, eles não podem ser extrapolados para mulheres que não toleram a penetração vaginal visto que no presente estudo, as mulheres apresentaram dor, porém, conseguiram passar pelo intercurso sexual com penetração vaginal apesar da dor. Além disso, na prática clínica, geralmente são necessárias mais do que cinco atendimentos para se obter efeitos mais consistentes, o que sugere a necessidade de estudos com um tamanho amostral maior e um acompanhamento mais prolongado para conclusões mais robustas.

CONCLUSÃO

A terapia manual do assoalho pélvico como técnica única ou associada ao uso de dilatadores foi eficaz para a melhora da função sexual em mulheres com dor gênitopélvica/penetração e não houve superioridade de um tratamento em relação ao outro.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014
- Araújo IMM, Monteiro TJL, Siqueira MLF. Non-pharmacological therapeutic approaches to painful sexual dysfunction in women: integrative review.. **BrJP**, 2021; p.239-244 <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20210036> vol.4, n3, .
- Işık C, Aslan E. The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. **Int Urogynecol J**. 2023 Mar;34(3):683-692. doi: 10.1007/s00192-022-05204-7. Epub 2022 May 2. PMID: 35501569.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.
- Berghmans, Bary. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 631-638, 9 jan. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>.
- Ghaderi, Fariba et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. **International Urogynecology Journal**, [S.L.], v. 30, n. 11, p. 1849-1855, 8 jul. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>.
- Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand Mh, Khalifé S, Waddell G, Dubois Mf; PVD Study Group. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. **Am J Obstet Gynecol**. 2021 Feb;224(2):189.e1-189.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2020.08.038. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32818475.
- Pacagnella, Rodolfo de Carvalho et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 416-426, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000200021>.
- Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction. Part 2: Evaluation and Treatment of Sexual Dysfunction in OPF Patients. *Sex Med Rev*. 2021 Jan;9(1):76-92. doi: 10.1016/j.sxmr.2020.04.002. Epub 2020 Jul 4. PMID: 32631813.

- ROSENBAUM, Talli Y.. The role of physical therapy in female sexual dysfunction. **Current Sexual Health Reports**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 97-101, jun. 2008. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11930-008-0017-6>.
- ROSENBAUM, Talli Yehuda. Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. **The Journal Of Sex & Marital Therapy**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 329-340, jul. 2005. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230590950235>.
- Thiel Rdo R, Dambros M, Palma PC, Thiel M, Riccetto CL, Ramos Mde F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index [Translation into Portuguese, cross-national adaptation and validation of the Female Sexual Function Index]. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2008 Oct;30(10):504-10. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-72032008001000005. PMID: 19082387.
- van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM, Hagenaars-van Miert CHAC, Laan ETM. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. **Sex Med Rev**. 2022 Apr;10(2):209-230. doi: 10.1016/j.sxmr.2021.03.002. Epub 2021 Jun 12. PMID: 34127429.
- WOLPE, Raquel Eleine et al. Physical therapy in sexually dysfunctional women: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 87-92, 2015. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20150017>.
- ROSEN, R. et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J. Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208. doi: 10.1080/009262300278597

Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408 100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é Um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das Pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da Pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante de pesquisa

QUESTIONÁRIO

Female Sexual Function Index (FSFI) em português

Instruções: Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível.

Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Assinale apenas uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições: atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual; ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos

e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal”–, ou contrações musculares)

1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito alto

4 = Alto

3 = Moderado

2 = Baixo

1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Segurança muito alta

4 = Segurança alta

3 = Segurança moderada

2 = Segurança baixa

1 = Segurança muito baixa ou sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Ligeiramente difícil

5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

0 = Não tentei ter relação

1 = Quase sempre ou sempre

2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

5 = Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

0 = Não tentei ter relação

1 = Quase sempre ou sempre

2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

5 = Quase nunca ou nunca

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

0 = Não tentei ter relação

1 = Muito alto

2 = Alto

3 = Moderado

4 = Baixo

5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum