



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À
SAÚDE MATERNO-INFANTIL**



GIGLIOLA DE MATOS MACCHI

**O PAPEL DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NA
GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO**

Rio de Janeiro
Julho/2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

GIGLIOLA DE MATOS MACCHI

**O PAPEL DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NA
GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO**

Monografia submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Jeanine Campani Bohn

Rio de Janeiro
Julho/2017

M131 Macchi Gigliola de Matos

O papel da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas na gravidez de baixo risco / Gigliola de Matos Macchi. - Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2017.

44 f.; 31 cm.

Orientadora: Jeanine Campani Bohn

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Rio de Janeiro, 2017.

Referências bibliográficas: f.38

1. Gravidez. 2. Sexualidade. 3. Função Sexual. 4. Disfunções Sexuais. 5. Fisioterapia. 6. Saúde Materno-Infantil – Monografia.

I. Bohn, Jeanine Campani. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III. Mestre em Gerontologia Biomédica.

**O PAPEL DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS NA
GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO**

Gigliola De Matos Macchi

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Orientador: Profa. Msc. Jeanine Campani Bohn

Avaliador: Msc. Luiza Dalcin Bertoldo

Nota:

Conceito:

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2017.

...à minha filha, Estela, que, ao longo de seu 1 aninho, me fez enxergar a vida com outros olhos e perceber que tudo é possível quando se tem coragem de enfrentar.

AGRADECIMENTOS

À Deus e à Nossa Senhora de Fátima, que me proporcionam todos os dias a vida com saúde e me transmitem força, sabedoria e paciência para atravessar todas as situações.

Ao meu esposo Sergio, que está ao meu lado em todos os momentos me apoiando, me incentivando e me ajudando em tudo e de todas as formas possíveis, não me deixando desanimar ou desistir.

À minha irmã Barbarella, que mesmo longe e com muitos afazeres, dispõe de um momento para me ajudar em qualquer coisa que eu precise, além de me ouvir e aconselhar.

À minha prima e comadre Alinne, que está sempre pronta a me ajudar e a me socorrer em todas as situações, além de me incentivar e me corrigir, quando necessário, nos meus desabafos.

Aos coordenadores e professores, por estarem sempre favoráveis a compreender eventuais situações no decorrer do curso, visto minhas condições para tal.

À orientadora, professora Jeanine, por aceitar meu convite, me apoiar e me encorajar a seguir em frente e não desistir.

Aos funcionários da Maternidade Escola, portaria e setor de ensino, pelo carinho e apoio para mim e para minha bebê.

Às alunas (umas mais próximas que se tornaram grandes amigas) e aluno do curso, por aceitarem minhas condições quanto a presença da minha bebê nas aulas e por me ajudarem com incentivos e demais situações em classe.

Aos meus pais, mesmo longe, estão sempre a me apoiar, me ouvir e a rezar por mim e pela minha família.

Por fim, aos demais familiares, amigos e amigas, que, de alguma forma, me deram apoio ou me passaram alguma mensagem de sabedoria e incentivo no decorrer do curso e durante o desenvolvimento deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS

EPOR	Excitação, Platô, Orgasmo, Resolução
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
TENS	Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea; e ativação muscular
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
QS-F	Quociente Sexual – versão Feminina
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	WORD HEALTH ORGANIZATION
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAISM	Centro de Atenção Integral em Saúde da Mulher
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
CSAM	Centro de Saúde Anastácio Magalhães
CEULP/ULBRA	Centro Universitário Luterano de Palmas

RESUMO

Atualmente a sexualidade é tida como um dos pilares da qualidade de vida. Pelo menos 49% das mulheres em geral já apresentaram ao menos algum tipo de disfunção sexual em alguma fase da vida. Durante a gestação, esses índices variam em torno de 35% a 70% devido as mudanças fisiológicas do período e fatores externos. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica tradicional com o objetivo de explorar na literatura atual sobre sexualidade e disfunções sexuais femininas em gestantes de baixo risco e o papel da Fisioterapia especializada nessas desordens, visando alertar aos profissionais da assistência pré-natal quanto a importância do conhecimento e abordagem do assunto. A maioria dos estudos reunidos geram dados sobre a prevalência das disfunções sexuais em gestantes, com agravamento desses índices nas gestantes no terceiro trimestre gestacional. Alguns correlacionam a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico estando direta ou indiretamente ligada as queixas de disfunções sexuais na gravidez, devido as alterações e sobrecarga gestacional sobre essa musculatura. Os estudos atentam para a necessidade de criar, ou enfatizar nos existentes, programas de educação e orientação sexual entre a população e, principalmente, os profissionais quanto ao conhecimento e importância do tema. Observou-se a necessidade de estudos randomizados com intervenções terapêuticas, que possam indicar meios de prevenção e/ou tratamento das disfunções sexuais, como por exemplo, a utilização de protocolos fisioterapêuticos de exercícios perineais para fortalecimento e conscientização da região pélvica.

Palavras-chave: Gravidez. Sexualidade. Função Sexual. Disfunções Sexuais. Fisioterapia.

ABSTRACT

Today, sexuality is considered as one of the pillars of quality of life. At least 49% of women in general have already had at least some type of sexual dysfunction at some point in their lives. During gestation, these rates range from about 35% to 70% due to the physiological changes of the period and external factors. This is a traditional bibliographic review study with the objective of exploring the current literature on sexuality and female sexual dysfunction in low-risk pregnant women and the role of specialized physiotherapy in these disorders, in order to alert prenatal care professionals about the importance Knowledge and approach to the subject. Most of the studies collected generate data on the prevalence of sexual dysfunction in pregnant women, with a worsening of these indexes in pregnant women in the third gestational trimester. Some correlate the functionality of the pelvic floor muscles, being directly or indirectly related to the complaints of sexual dysfunction during pregnancy due to the changes and gestational overload on this musculature. The studies look at the need to create or emphasize existing programs of education and sexual orientation among the population and, especially, professionals about the knowledge and importance of the subject. There is a need for randomized trials with therapeutic interventions that may indicate ways to prevent and / or treat sexual dysfunctions, such as the use of physiotherapeutic protocols of perineal exercises to strengthen and raise awareness of the pelvic region.

Keywords: Pregnancy. Sexuality. Sexual Function. Sexual Dysfunctions. Physiotherapy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.1	Objetivos Específicos	11
2.3	Justificativa	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Saúde e Sexualidade Feminina	13
3.1.1	Saúde e Sexualidade na Gravidez	15
3.1.2	Função e Resposta Sexual Feminina	17
3.2	Disfunções Sexuais Femininas	20
3.2.1	Disfunções Sexuais Femininas na Gravidez	22
3.3	Fisioterapia na Saúde da Mulher	24
3.3.1	Fisioterapia na Gravidez	26
3.3.2	Fisioterapia nas Disfunções Sexuais Femininas	27
4	METODOLOGIA	30
5	DISCUSSÃO	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
	ANEXO A - Tabela sinóptica com aspectos pertinentes do material selecionado	43

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, grande parte dos estudos sobre a sexualidade feminina aborda as disfunções sexuais. A dificuldade de ter ou manter uma relação sexual com o parceiro é valorizada devido a sexualidade compor um dos pilares da qualidade de vida, cuja melhora vem sendo um dos objetivos principais dos profissionais da área da Saúde da Mulher (BARACHO, 2007; CAMARA; FILONI; FITZ, 2015). Há três períodos marcantes que compõem o ciclo de vida de uma mulher e que influenciam diretamente na sua sexualidade: a puberdade, a gestação e a menopausa. As diversas alterações físicas e psicológicas advindas do período gestacional afetam a sexualidade por fatores variados que podem ser vivenciados pela gestante e também por seu parceiro (FERREIRA; FERREIRA NETO; LATORRE, 2011; LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013; LATORRE, 2015).

Considera-se neste estudo apenas mulheres grávidas com relacionamento heterossexual e monogâmico, de acordo com as características descritas nos estudos selecionados para esta revisão. Vale ressaltar que, nos dias de hoje, existem vários tipos de relacionamentos em que pode estar envolvida uma gravidez.

Savall, Mendes e Cardoso (2008), pesquisaram o perfil do comportamento sexual em gestantes de baixo risco, considerando os diferentes períodos do ciclo gravídico, e verificaram que a disposição sexual de 62,5% das participantes sofreu alterações durante a gestação e esteve predominantemente diminuída para 42,5% destas, agravando com o avanço gestacional. O direcionamento de vários estudiosos sobre a sexualidade e função sexual como aspecto de grande valor na vida da mulher, frequentemente afetadas durante a gestação, torna-se base para várias pesquisas (BARBOSA et al., 2011; LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013).

Estudos mostram que pelo menos 49% das mulheres, em geral, já apresentaram ao menos um tipo de disfunção sexual em alguma fase da vida. Apesar da literatura mostrar altos índices de desordens sexuais na população feminina brasileira, ainda são poucos os estudos que avaliam sua prevalência na gestação e o período gestacional mais afetado (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013; BATISTA, 2017). Observa-se a prevalência de 47% de queixas sexuais durante o terceiro trimestre, tendo em vista as variadas modificações peculiares, a proximidade do parto e o efeito não erótico da aparência no final da gravidez, que fazem com que a relação sexual se torne pouco atrativa (MATHIAS et al., 2015).

A abordagem dos distúrbios da sexualidade é de caráter essencialmente interdisciplinar, sendo desejável que os profissionais se habilitem nos conhecimentos das demais especialidades que estudam o ser humano. A Fisioterapia tem papel importante a atuar

nas disfunções que estiverem associadas a perturbações fisiológicas e que comprometem o desempenho físico e funcional da região pélvica e do períneo/assoalho pélvico (FERREIRA; FERREIRA NETO; LATORRE, 2011; CAMARA; FILONI; FITZ, 2015).

A Fisioterapia na Saúde da Mulher possui ampla atuação no período gestacional, no parto e puerpério, além de atuar no climatério que antecede a menopausa. Recentemente, esta área profissional vem alcançando resultados surpreendentes com novas perspectivas direcionadas a sexualidade feminina (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; FERREIRA; FERREIRA NETO; LATORRE, 2011). A prática com exercícios específicos para o assoalho pélvico auxilia no ganho de consciência dessa musculatura resultando na melhora da satisfação sexual feminina (CAMARA; FILONI; FITZ, 2015; MOURA; MARSAL, 2015).

No estudo de Piassarolli et al., (2010) confirma-se tal fato com a melhora significativa das queixas de disfunções sexuais após treinamento dos músculos do assoalho pélvico com protocolo elaborado para tal, bem como aumento da força da musculatura, avaliada por meio de eletromiografia antes, durante e ao término do tratamento. Observou-se 69,9% de alta ambulatorial por melhora total das queixas de disfunções sexuais. Mesmo não sendo encontrados estudos semelhantes específicos para gestantes, toma-se como base que também funcione nestas devido ao comprometimento do assoalho pélvico decorrente das alterações do período gestacional (MAGNO; NUNES; PEREIRA, 2011; SPERANDIO et al., 2016).

A saúde sexual tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos como um dos fatores essenciais para a qualidade de vida. Os resultados de vários estudos demonstram haver associação significativa entre disfunção sexual e sentimentos de insatisfação física e emocional e a redução da qualidade de vida em mulheres gestantes que mantem atividade sexual (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009; BARBOSA et al., 2011; PRADO; LIMA; LIMA, 2013).

Dessa forma, é de extrema importância o desenvolvimento de uma educação permanente sobre sexualidade entre pacientes e, principalmente, a equipe profissional da área da Saúde da Mulher e da Obstetrícia. Partindo de formação especializada e saberes multidisciplinares, visando completo atendimento de mulheres e de gestantes com queixas de disfunção sexual, obedecendo às particularidades do período gestacional e à disposição sexual de cada uma, bem como a indicação da Fisioterapia para casos específicos, além de recursos para prevenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do trabalho visa revisar a literatura a fim de identificar/explorar as disfunções sexuais femininas no geral e na gravidez de baixo risco e o papel da Fisioterapia em Saúde da Mulher nessas disfunções sexuais.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as disfunções sexuais femininas em mulheres de um modo geral e as disfunções sexuais relacionadas à gravidez de baixo risco, identificando o período gestacional mais propenso.
- ✓ Identificar o papel da Fisioterapia em Saúde da Mulher nas disfunções sexuais femininas em geral e as relacionadas à gravidez de baixo risco.
- ✓ Alertar os profissionais atuantes em Saúde da Mulher e em Obstetrícia à buscarem mais conhecimento sobre sexualidade e as disfunções sexuais femininas que podem ocorrer na vida da mulher durante a gravidez, à abordarem o assunto na prática clínica e à encaminharem para prevenção e tratamento especializados.

2.3 Justificativa

Diversos estudos demonstram a influência negativa da gestação na função sexual feminina, de modo que remonta um fator que não deve ser deixado de lado. Observa-se a necessidade da equipe profissional de saúde envolvida no pré-natal estar ciente do assunto e capacitada a investigar a incidência de disfunção sexual entre as pacientes grávidas, além de minimizar as dúvidas e ansiedade quanto às mudanças comuns do período gestacional. Cabe ainda orientar quanto aos mitos e tabus envolvidos e estimular a participação dos parceiros

nas consultas para o acolhimento integral das novas mães (BARBOSA et al., 2011; PRADO; LIMA; LIMA, 2013; LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013).

Um dos principais meios de prevenção e tratamento específicos para as disfunções sexuais, decorrentes de disfunção do assoalho pélvico, é a Fisioterapia, já reconhecida sua importante atuação na Obstetrícia. Quanto mais estudos e índices forem reunidos e atualizados, mais aptos estarão os profissionais em Saúde da Mulher, em particular os atuantes na assistência pré-natal, a questionarem a saúde sexual de suas pacientes, bem como orientarem quanto a prevenção e tratamento especializados para as potenciais disfunções durante a gravidez, descartando as intervenções mitológicas, religiosas e socioculturais que geram ou agravam as desordens sexuais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde e Sexualidade Feminina

Apesar da importância da sexualidade na qualidade de vida da mulher, ainda é um assunto negligenciado e, por longo período, os poucos estudos relacionados limitaram-se ao âmbito reprodutivo devido a moral sexual judaico-cristã e ao modelo tradicional da medicina ocidental, focada no funcionamento e desarranjos do corpo físico e ignorando ou mesmo desprezando as questões referentes ao prazer sexual (SAVALL, MENDES; CARDOSO, 2008; TRINDADE; FERREIRA, 2008).

Para entender a importância de conhecer e diagnosticar as Disfunções Sexuais Femininas na Saúde da Mulher, mediante sua alta prevalência, é preciso compreender sobre Sexualidade e como se relaciona no contexto da Saúde. A Sexualidade sofre constantes mudanças no decorrer das épocas e varia de acordo com regiões, etnias, crenças e sociedades. Consiste em um dos aspectos constituintes mais importantes da existência humana, abrangendo a forma como cada pessoa expressa e recebe afetos, não é restrita ao coito e é sujeita à autoestima do indivíduo (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; LARA et al., 2008).

Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. No entanto, a Saúde constitui valor de comunidade, de coletivo, e não mais apenas de uma pessoa só. “O homem é um ser social, por excelência; não pode viver só, por incapacidade”. Portanto, entende-se a saúde social como a alegria de viver, o bem-estar geral com a família e o meio em que vive (WHO, 2016).

A Sexualidade está presente desde o nascimento e é desenvolvida e modificada ao longo da vida. Resulta de uma combinação de fatores genéticos, hormonais e neurológicos, somados ao desenvolvimento sexual psíquico e erótico e à interação com o meio sociocultural, tendo sua atividade parcialmente disciplinada por interdições socioculturais e religiosas (FERREIRA, 2011). Para Moreno (2009), a Sexualidade constitui a personalidade humana, excede o componente fisiológico, promovendo um aprendizado da atividade sexual que se modifica ao longo da vida de uma pessoa, caracterizando-a como heterogênea e instável.

No entanto, a compreensão da Sexualidade não é fácil para muitos, tendo em vista a falta de conhecimento sobre o assunto, bem como os mitos e tabus que o cercam e que são transmitidos através de gerações. Alguns confundem sua totalidade, fazendo com que apliquem um conceito para a sexualidade ligado apenas à relação sexual através do modo como o ser humano responde a estímulos eróticos e obtém prazer com a atividade sexual, a união de corpos e o coito (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010; FERREIRA; FERREIRA NETO; LATORRE, 2011).

Segundo a OMS, a Sexualidade é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual”; ou seja, faz parte da personalidade de cada indivíduo como uma necessidade básica que não deveria ser ignorada; influencia pensamentos, sentimentos, ações, interações e relacionamentos, bem como a saúde física e mental. Deve ser considerada como direito básico, bem como a saúde é direito humano fundamental, a partir da Constituição Federal de 1988 (WHO, 2016, p. 5).

Há estudos sobre a sexualidade em outras espécies de primatas que se associam a sexualidade dos seres humanos pelo fato de utilizarem a excitação sexual tanto para a reprodução quanto para o convívio social, agregando o gozo e o prazer de si próprio e do outro. Sendo assim, o sexo também desenvolve aspectos da afetividade e da consistência da personalidade (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; ABDO, 2010a). Algumas culturas empregam um sentido religioso ou espiritual ao ato sexual, podendo, este, compor uma forma de melhorar, ganhar vida, ou mesmo de perder a saúde. Em algumas sociedades é permitido o sexo com vários parceiros, por exemplo, a bigamia ou poligamia em algumas culturas orientais; em outras é estritamente proibido. Há regiões onde a sexualidade explícita ainda soa uma ameaça aos valores político-sociais e/ou religiosos (LARA et al., 2008; TRINDADE; FERREIRA, 2008).

Diante disso, pode-se dizer que a saúde sexual revela todos os aspectos da Saúde junto aos aspectos da Sexualidade. Ou seja, não envolve unicamente o conceito reprodução/procriação, mas a possibilidade de uma vida sexual prazerosa e segura. A OMS define a saúde sexual como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade, resultado do ambiente que reconhece, respeita e exerce seus direitos sexuais, e não apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade” (WHO, 2016, p. 5).

De acordo com o Relatório sobre Saúde Sexual, Direitos Humanos e Legislação:

A realização do mais alto padrão atingível da saúde sexual está estreitamente ligada ao respeito, proteção e realização dos direitos humanos das pessoas - tal como o direito à não discriminação, à privacidade e confidencialidade, para ser livre de

violência e coação, bem como os direitos à educação, informação e de acesso aos serviços de saúde (WHO, 2016, p. 6).

A noção de saúde sexual implica a abordagem positiva da sexualidade humana e o objetivo de seu cuidado deveria abranger a melhoria da qualidade de vida e dos relacionamentos pessoais, não apenas cuidado e prevenção quanto a gravidez indesejada e doenças transmitidas pelo sexo. De maneira geral, a sexualidade ainda é vista de forma negativa pela sociedade devido sua associação com o ato sexual propriamente dito, o que promove um ambiente social repressor, prevalecendo as normas e regras comuns a todos seus integrantes. Assim, todas as expressões e comportamentos sexuais são regidos por esta cultura de repressão, onde se faz valer o silêncio ou a reprodução de mitos e tabus (SACOMORI et al., 2012; BOMFIM; MELRO, 2014).

A mulher e a sexualidade são vítimas da repressão. Todos os mecanismos desta recaem sobre elas, com o intuito de perpetuar aquilo que já foi pré-estabelecido há anos pela sociedade machista de base patriarcal. A mulher do século XXI desperta a insatisfação ao modelo de submissão, passando ela mesma a ser dona de si e do livre arbítrio sobre sua vida e sua sexualidade e encontra um apoio para tal com o avanço, ainda lento, da educação em saúde sexual (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

De acordo com o exposto, a saúde e a sexualidade feminina não devem ser separadas, pois uma depende da outra e vice-versa. Logo, observa-se a necessidade de mais conhecimento e divulgação na área por parte dos profissionais de saúde de todas as áreas que atendem a mulher, para que sejam capazes de conversar e passar orientações adequadas sobre o assunto com suas pacientes.

3.1.1 Saúde e Sexualidade na Gravidez

De um modo geral, para as mulheres, o afeto, o carinho e o respeito de ambos os parceiros referem elementos que influenciam a relação sexual. A sexualidade é vivenciada pela mulher de forma única em cada período de sua vida. Especialmente, durante a gestação, além das mudanças corporais, a ansiedade com o parto e como será a nova vida como “mãe”, os mitos e tabus criados e que não recebem orientações adequadas da equipe de saúde para rompê-los, a mulher fica mais sensível, mais sedenta por atenção, carinho, apoio e compreensão (FLORES; AMORIM, 2007). Todos esses fatores podem comprometer a

resposta sexual feminina em todos os seus domínios, bem como a qualidade de vida da gestante (PRADO; LIMA; LIMA, 2013; FERREIRA et al., 2012).

Decifrar a Sexualidade em um dos períodos únicos e peculiares da mulher, o gestacional, gera muitas interrogações. Para uns, a gravidez é considerada como um período de crise, que exige certa adaptação dos envolvidos no processo. Uma série de mudanças que ocorrem durante a gravidez demanda novas formas de equilíbrio, de integração de um novo *self* para a mulher. Essas modificações estão relacionadas aos ritmos metabólicos e hormonais, ao processo de formação de uma nova imagem corporal, repercutindo tanto na dimensão física quanto na emocional, e onde a sexualidade também pode ser afetada. (ARAÚJO et al., 2012).

Para Duarte (2011), a grande instabilidade emocional em meio às modificações e adaptações características da gravidez desafia os profissionais de saúde no correto discernimento entre o que é próprio do período gestacional e o que pode ser ou apontar um agravo de saúde. Embora estas alterações sejam consideradas fisiológicas e normais, elas podem retardar o diagnóstico ou piorar doenças pré-existentes, desde que ultrapassem o limite do organismo materno de se adaptar a estas alterações. Logo, é importante o conhecimento destas informações entre os profissionais de saúde que cuidam de gestantes para um correto diagnóstico de doenças latentes.

O aumento do peso uterino traciona os músculos do assoalho pélvico (MAP) para baixo comprometendo a contratilidade destes. Há uma tendência ao aparecimento de veias varicosas dentro da vagina ou na região da vulva que podem ocasionar desconforto ou dor durante o ato sexual (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004). Segundo Sperandio et al., (2016), a dispareunia, caracterizada “queixa de dor persistente ou recorrente ou desconforto associado com tentativa ou completa penetração vaginal”, é uma disfunção sexual que pode afetar a qualidade de vida das mulheres e varia entre 23 e 41% em mulheres no terceiro trimestre gestacional.

Segundo Duarte (2011):

Todas as modificações e adaptações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas e comportamentais observadas no organismo materno em decorrência da gravidez se fundamentam em quatro variáveis. São elas: (1) alterações hormonais; (2) alterações enzimáticas, bioquímicas e do equilíbrio hídrico; (3) presença do feto; e (4) aumento do volume uterino. A presença fetal não altera o organismo materno apenas no volume abdominal, mas também contribui, decisivamente, na formação de hormônios esteroides sexuais (DUARTE, 2011, p. 175).

Para Ferreira, Ferreira Neto e Latorre (2011), durante a gestação e devido a série de alterações sofridas pela mulher, o interesse sexual do casal se altera de alguma forma. Para

alguns parceiros, a relação sexual pode machucar o feto. No entanto, há tantas barreiras de proteção fisiológicas para o feto que este fato seria praticamente impossível de acontecer, salvo as exceções de risco. Além do mais, a pelve óssea e a parede muscular abdominal também protegem o feto. Neste caso, são extremamente importantes as informações e orientações adequadas quanto as mudanças do ciclo gravídico.

A função sexual pode se manifestar de formas distintas durante a gestação, podendo aumentar ou diminuir o prazer do casal ao sexo. A mudança de papéis sociais, as modificações da imagem corporal, as alterações hormonais, entre os demais fatores advindos do período gestacional influenciam direta ou indiretamente na sexualidade, embora o fato da gravidez seja, de certa forma, produto da sexualidade (AMARAL; MONTEIRO, 2014).

Não obstante a abrangência da sexualidade em mulheres no geral, durante a gravidez também se faz necessária uma atenção especial para o contexto, que não deve ser negligenciada pela equipe de atenção ao pré-natal. A atenção integral e interdisciplinar a partir do conhecimento específico das particularidades do período gestacional e sua influência na qualidade de vida da mulher grávida pode facilitar a melhora de possíveis problemas. Visto que apenas o fato de tomar conhecimento da gravidez faz tudo mudar para a mulher, inclusive sua atividade sexual.

3.1.2 Função e Resposta Sexual Feminina

A sexualidade humana não está ligada apenas à reprodução, pois ultrapassa o fator biológico através da sensação de prazer. Dessa forma, atribui-se três dimensões a resposta sexual humana: a biológica, a psicológica e a social que se interligam entre si, como a capacidade de confiar, de sentir-se valorizado, vivenciar a própria agressividade sem muita ansiedade (MARQUES, CHEDID; EIZERIK, 2008). No entanto, a relação sexual bem-sucedida, para alguns autores, depende da cascata complexa de variações hormonais e fisiológicas que modificam em larga escala os efeitos de excitações emocionais intensas e/ou crônicas (LEITE et al., 2007).

Os primeiros estudos oficiais sobre a resposta sexual feminina apareceram na década de 1950, com a publicação da obra *Sexual Behaviors in The Human Female*, por Alfred Kinsey em 1953, como referência obrigatória para a descrição do repertório sexual feminino. William Masters e Virginia Johnson, nas décadas de 1960 e 1970, lançaram as obras *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970), após observações de homens e

mulheres no decurso de interações sexuais. Desenvolveram o primeiro modelo do ciclo de resposta sexual comum aos gêneros, o modelo Excitação, Platô, Orgasmo, Resolução (EPOR), dividido em quatro fases (ABDO; FLEURY, 2006).

A primeira fase desse modelo é a Excitação, com a ereção peniana no homem e a vaso constricção da vagina e vulva na mulher; a segunda é o Platô, onde o estímulo chega ao ápice e leva a terceira fase que é o Orgasmo, a extrema sensação de prazer representada pela ejaculação do homem e contrações reflexas da vagina da mulher com intervalos de 0,8 segundos; e a última, a Resolução, que é o retorno às condições físicas iniciais (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

No final da década de 1970, Helen Kaplan desenvolveu um modelo trifásico do ciclo de resposta sexual, com uma fase inicial extremamente importante, o desejo seguindo para a excitação e o orgasmo. Afirmou que o platô é apenas um prolongamento da fase de excitação até o orgasmo. Para ela, o desejo sexual é definido como “um conjunto de sensações produzidas pela ativação de um sistema neuronal específico que, quando ativado, induz sensibilidade genital, um acrescido interesse em sexo, receptividade a atividade sexual ou, simplesmente, agitação, que irão desaparecer após gratificação sexual, o orgasmo” (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; ABDO, 2010b).

Desde então, o modelo linear constituído por quatro fases (desejo, excitação, orgasmo e resolução) definido para ambos os gêneros sexuais, foi considerado por tempo, dando origem as classificações diagnósticas atuais, como o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, da associação psiquiátrica americana. No entanto, estudos mostram que as respostas sexuais de homens e mulheres são diferentes e os instrumentos que tomam como base o modelo linear vem sendo contestados recentemente (AMARAL; MONTEIRO, 2014).

A partir de 2001, estudos traziam novas propostas de entendimento para a resposta sexual feminina, em especial para mulheres em relacionamentos de longa duração. A psiquiatra canadense Rosemarie Basson descreveu o “Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina”, onde a mulher poderia iniciar o intercurso sexual a partir da “neutralidade sexual” e não, necessariamente, pelo desejo/excitação. Partindo de estímulos pelo parceiro e através da intimidade ou aumento de afetividade, ou outras razões sexuais, a mulher poderia crescer gradualmente em excitação, mesmo sem tê-la desejado previamente (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Portanto, o ciclo de resposta sexual feminina mais atual e aceito é o de Rosemary Basson, publicado em 2004, que valoriza a resposta e a receptividade femininas, podendo ser

o desejo uma consequência e não uma causa do ato sexual, ou seja, a resposta segue a um desejo de intimidade e não a um impulso biológico (BATISTA, 2017).

Este modelo se divide em cinco fases:

- ✓ **1ª fase:** início da atividade sexual com motivação não necessariamente sexual, podendo não haver consciência de desejo.
- ✓ **2ª fase:** receptividade ao estímulo sexual em contexto adequado, identificação da excitação sexual potencial (excitação subjetiva e resposta física), desencadeando a responsividade biológica (lubrificação).
- ✓ **3ª fase:** vivência da excitação subjetiva, que também pode desencadear a consciência de desejo sexual.
- ✓ **4ª fase:** aumento da intensidade da excitação e do desejo responsivo, podendo ou não ocorrer o alívio orgástico.
- ✓ **5ª fase:** satisfação física e emocional, aumentando a receptividade para iniciar a atividade sexual na próxima vez, o que fecha, portanto, um modelo circular.

Com esta nova visão, observou-se que o desejo inato ou espontâneo, experimentado antes da estimulação, pode estar presente, algumas vezes, desencadeando o ciclo de resposta sexual e substituindo as duas primeiras fases, assemelhando-se, neste caso, ao modelo linear da resposta sexual apresentado anteriormente por Masters, Johnson (1966; 1970) e Kaplan (1970). A partir da caracterização da resposta sexual feminina, dispõe-se que, havendo insatisfação física ou emocional, diminui a motivação da mulher para ser ativa sexualmente no futuro. Uma ressalva de que a ausência do desejo espontâneo não caracteriza uma disfunção sexual também foi estabelecida baseando-se nessas propostas (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; ABDO, 2010a).

Dessa forma, com a emancipação da mulher em vários quesitos, inclusive na sexualidade, a busca por manutenção de saúde e qualidade de vida é cada vez mais reconhecida. Visto a relação entre estas duas, observa-se nos últimos anos um maior interesse por parte das mulheres, em manter a integridade de sua saúde sexual, embora a visão da equipe médica e interdisciplinar, em sua maioria, ainda não esteja preparada para receber tais situações e deixando a desejar na orientação e/ou encaminhamento para um tratamento adequado (BARBOSA et al., 2011).

A promoção da saúde da mãe, do casal e do bebê deve ser o ponto primordial da educação em saúde no pré-natal, além da extrema importância em se tratar sobre a sexualidade na gestação visando sanar dúvidas e minimizar medos e ansios deste período. É

direito da mulher a qualidade na assistência em saúde e dever do profissional promovê-la favorecendo a qualidade de vida de suas pacientes.

3.2 Disfunções Sexuais Femininas

O conhecimento sobre as disfunções sexuais femininas começou quando Alfred Kinsey, em 1948, passou a estudar o ato sexual além da excitação exclusiva dos órgãos sexuais, como acreditava-se até então. Em seus estudos, Kinsey (1970) concluiu uma multiplicidade das manifestações sexuais, em que os órgãos genitais destinavam-se mais especificamente para a finalização do ato sexual propriamente dito. A partir de então, observou-se aspectos normais e patológicos no contexto de saúde sexual e bases para definições futuras de transtornos sexuais que poderiam existir (ABDO; FLEURY, 2006; BATISTA, 2017). A partir do Consenso de Paris, em 2004, a disfunção sexual feminina ficou definida como “uma desordem persistente e recorrente no desejo/interesse sexual, na excitação subjetiva e genital, no orgasmo e/ou dor ou uma dificuldade para permitir ou completar a relação sexual” (ABDO; FLEURY, 2006; LARA et al., 2008).

As alterações no desenvolvimento de uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual como falta, excesso, desconforto e/ou dor, quando manifestadas de forma persistente ou recorrente, caracterizam a disfunção sexual. Desejo, excitação, orgasmo e resolução compõem basicamente o ciclo de resposta sexual (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008). Portanto, essas alterações irão desencadear transtornos na vida sexual no âmbito do desejo ou da excitação, como diminuição ou ausência de desejo sexual e/ou de lubrificação; no âmbito da dor gênito-pélvica ou dor de penetração, como a dispareunia e/ou o vaginismo; e no âmbito do orgasmo, como atraso ou ausência após uma fase normal de excitação (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007).

Qualquer alteração no ciclo responsivo sexual seja anatômica, um desequilíbrio neuroendócrino ou uma diminuição dos esteróides sexuais, ou mesmo um fator psicológico, pode levar a disfunção sexual feminina, a qual se encontra em altos índices de prevalência em mulheres do mundo todo. A disfunção sexual é uma condição que gera um sofrimento pessoal interferindo na qualidade de vida da mulher, bem como do casal. Dentre as disfunções sexuais mais frequentes, segundo estudos quantitativos, estão a diminuição de desejo e/ou excitação sexual (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; LARA et al., 2008).

Foram desenvolvidas diferentes classificações para as disfunções sexuais, baseando-se no manual de estatísticas e diagnósticos de transtornos mentais da associação americana de psiquiatria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM - American Psychiatric Association* (2014). Na década de 1980, Kaplan enfatizou a fase do desejo e contribuiu para que a categoria diagnóstica Desejo Sexual Inibido fosse incluída como categoria independente no terceiro manual de transtornos mentais (ABDO; FLEURY, 2006; MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008).

Posteriormente, a classificação para as disfunções sexuais femininas foi baseada no modelo de resposta sexual feminina de Rosemary Basson, lançado em 2004, no qual a autora enfatiza que a sexualidade e a função sexual em mulheres seguem uma trajetória circular de estímulos emocionais e de relacionamento como pontos fundamentais e coloca o desejo sexual intrínseco não tão essencial (BATISTA, 2017).

As disfunções sexuais femininas são classificadas em: Transtornos do desejo; Transtornos subjetivos da excitação; Transtornos da excitação genital; Transtornos combinados (subjetivos e genitais) da excitação; Transtornos persistentes da excitação; Transtornos orgásmicos; Vaginismo; e Dispareunia. A classificação mais atual das disfunções sexuais femininas baseia-se no 5º Manual de Critérios e Diagnósticos de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, lançado em 2013 (DSM-5, APA, 2013).

Segue as categorias de transtornos sexuais com seus tipos de perturbações, de acordo com a versão DSM-5:

- ✓ **Transtorno do Interesse / Excitação Sexual Feminino:** deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual / incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.
- ✓ **Transtorno da Dor Gênitopélvica / Penetração:** no DSM-IV esse transtorno era anteriormente subdividido em *Dispareunia* (relação sexual com penetração dolorosa) e *Vaginismo* (impossibilidade de penetração, geralmente devido à um espasmo doloroso da musculatura da vagina).
- ✓ **Transtorno do Orgasmo Feminino:** atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.

Batista (2017) acrescenta que estes transtornos podem estar presentes sozinhos ou combinados, e podem ser categorizados em subtipos de ocorrência, como: primárias (desde as primeiras experiências sexuais); adquiridas ou secundárias (desenvolve após um período

de função sexual relativamente normal); generalizadas (independente do parceiro e do estímulo); e situacionais (em determinados tipos de estimulação, situações ou períodos).

O novo manual caracteriza as disfunções sexuais como um distúrbio clínico significativo de um indivíduo responder sexualmente ou sentir prazer, considerando a heterogeneidade dos transtornos e a possibilidade de uma pessoa apresentar mais de uma disfunção sexual ao mesmo tempo, com as especificidades de cada gênero. A versão atual considera uma duração mínima de seis meses das queixas, além de critérios de avaliação mais precisos, a fim de evitar aumento dos índices sem veracidade dos sintomas (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Segundo Batista (2017, p. 84), os critérios diagnósticos no manual atualizado são:

- 1- Dificuldade marcante para ter relações/penetrações vaginais, (por exemplo, relação sexual, exames ginecológicos, inserção de absorvente interno);
- 2 - Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração;
- 3 - Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica antes e/ou durante a penetração vaginal;
- 4 - Contração acentuada (espasmo) dos músculos do assoalho pélvico (AP) durante tentativas de penetração vaginal ou à experiência de uma dor antecipada ao medo ou à ansiedade de uma possível dor que poderá acontecer.

Pode-se observar que a compreensão dos temas sexualidade e suas disfunções requer atenção e conhecimento multidisciplinar e uma visão psicossomática necessária. As pesquisas em diferentes ramos, em constante evolução, apenas se aproximam da complexidade humana e se veem insuficientes quando se desenvolvem isoladamente. Portanto, é imprescindível o desenvolvimento de habilidades interdisciplinares que possam somar recursos para o tratamento das disfunções sexuais.

3.2.1 Disfunções Sexuais Femininas na Gravidez

Para o casal, a gestação é um período de adaptações nos sentidos físico, emocional, existencial e sexual, podendo acarretar na diminuição do desejo, do interesse e da atividade sexual (BARBOSA et al., 2011). Dentre estes fatores estão: as mudanças na percepção da imagem corporal, a diminuição do nível de energia, a presença de sintomas fisiológicos e desconfortos corporais, o ajustamento aos novos papéis sociais, a qualidade do relacionamento e as alterações de humor (CABRAL, 2002).

A sexualidade não só da mulher, como também do casal, durante a gestação, pode ser afetada tanto pelo preconceito da mulher e do parceiro em relação a esta nova etapa, como pela falta de conhecimento sobre como tornar o ato sexual prazeroso nesse período, por receio e tabus de que a relação sexual possa atingir o feto. Apesar de muitos debates existentes acerca da sexualidade na gestação, ainda há grande influência dos mitos, crenças, valores morais e culturais, principalmente quando relacionada ao contexto da gravidez (MOTA; MOUTTA; BRANDÃO, 2009; BARBOSA et al., 2011).

As profundas modificações no organismo feminino decorrentes da gestação, com a finalidade de adaptá-lo às necessidades orgânicas que aparecem em meio ao complexo materno-fetal e no momento do parto, incluindo variações hormonais, estrutura e função dos órgãos reprodutores, resultam em oscilações no desejo e no desempenho sexual (MATHIAS et al., 2015; SILVA; FIGUEIREDO, 2005). O desejo sexual é um estímulo subjetivo em relação ao parceiro ou a um objeto sexual, visando a satisfação sexual, sendo necessário uma interação entre estímulos biológicos, psicológicos e sociais. Este pode estar alterado, principalmente no início da gestação, quando há mais náuseas, tonturas e ansiedades (REISDORFER, 2010).

Segundo Carvalho, Tenório e Araújo (2007), durante séculos as relações sexuais foram restritas durante a gravidez, sendo que a atividade sexual não se resume apenas ao coito com penetração e orgasmo, mas também se expressa em carícias sexuais podendo ser estímulos vitais ao relacionamento conjugal e para a futura relação com o bebê. Entretanto, Montenegro e Rezende Filho (2008) atentam para os casos de gravidez de alto risco de complicações e abortamento, nos quais se orienta a proibição do ato sexual, além de repouso relativo no leito até o desaparecimento destas ameaças.

Barbosa et al., (2011), chamaram a atenção para o fato da sexualidade ser mantida pela maioria das gestantes, tendo em vista a busca da relação sexual por parte do parceiro geralmente com a mesma frequência que antes. No entanto, essa atividade sexual na gestação tomou-se de modificações tais como: diminuição da frequência, diminuição do desejo sexual e redução na qualidade das relações com diminuição da satisfação sexual. Logo vê-se que boa parte das gestantes não exerce a sexualidade plenamente neste período.

Estudos mostram que a disposição e o bem-estar da gestante estão ligados à qualidade de vida sexual nesse período. Dessa forma, pode-se ter um aumento da atividade sexual na gestação se não houver desconfortos corporais nem sintomas físicos para influenciar. Ou seja, os dados são variáveis, considerando que cada mulher lida com seu corpo de forma diferente, podendo controlá-lo e percebê-lo de forma a dificultar ou facilitar implicações na sua vida

sexual, principalmente se for muito bem assistida e orientada no pré-natal (ARAÚJO et al., 2012).

De acordo com Queirós et al. (2011), as causas mais apontadas pelas mulheres para a redução da atividade sexual durante a gestação são: fadiga, desconforto físico (incluindo a dispareunia) e a preocupação com estado do bebê. Outros fatores também podem estar relacionados como: dificuldade no coito devido a proeminência abdominal, diminuição da autoestima pela imagem corporal alterada, motivos culturais ou religiosos, mitos e antecedentes obstétricos como aborto ou infertilidade. A diminuição do desejo/interesse e prazer/satisfação sexual e redução da capacidade orgástica também são descritos em estudos e geral. Assim como Sacomori et al., (2012) concluem que o avançar da gestação relacionou-se à diminuição gradual da função sexual em todos os domínios: desejo, excitação, satisfação, orgasmo e dor.

Diante do exposto, observa-se que a gestação influencia, de alguma forma, negativamente na sexualidade, podendo gerar disfunções sexuais ou agravar as já existentes. Como já foi dito em outros tópicos deste trabalho, as alterações que afetam a função sexual nas grávidas podem ser minimizadas com uma boa orientação sexual na assistência pré-natal, bem como acompanhamento interdisciplinar para tal. No entanto, ainda há certa carência de conhecimento profissional nesta área.

3.3 Fisioterapia na Saúde da Mulher

Pode-se dizer que a história da Fisioterapia em Saúde da Mulher é recente, apesar da existência de práticas que relembram sua atuação serem utilizadas há séculos na assistência a gestante e parturiente em diversas civilizações. A Fisioterapia tem uma importante contribuição na prevenção, muitas vezes também no tratamento, de muitos problemas que acometem com maior frequência a população feminina, em ginecologia, uroginecologia e obstetrícia (FERREIRA, 2011).

Na Inglaterra, a Fisioterapia na Saúde da Mulher iniciou por volta de 1912, com o fisioterapeuta inserido nas equipes de obstetrícia, antecedendo e auxiliando o trabalho do médico obstetra. A fisioterapeuta Minnie Randall desenvolveu programas de cinesioterapia para recuperação física voltados às mulheres no pós-parto e depois programas voltados às gestantes com o objetivo de preparo para o parto. Mais tarde, em 1940, a fisioterapeuta Helen Heardman, junto com outros fisioterapeutas ingleses da área, cria a Associação Obstétrica de

Fisioterapeutas Licenciados, posteriormente chamada de Associação de Fisioterapeutas Licenciados em Ginecologia e Obstetrícia (POLDEN; MANTLE, 2005).

Nos Estados Unidos da América, a atuação nesta área é bem mais recente e iniciou-se na década de 1960 com a participação de fisioterapeutas em atividades educativas de preparo para o parto. Em 1976 foi criado o Departamento de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia da Associação Americana de Fisioterapia, chamado posteriormente de Seção de Saúde da Mulher devido a ampliação da atuação do fisioterapeuta nesta área (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Já no Brasil, a atuação do fisioterapeuta nessa área é tão recente quanto a própria profissão. Apesar da tradução de vários livros estrangeiros para o português, apenas em 1996 o primeiro livro nacional foi publicado pela fisioterapeuta mineira Elza Lúcia Baracho Lotti de Souza (FERREIRA, 2011). A partir do ano 2000 foram criados os primeiros cursos de especialização em fisioterapia em saúde da mulher, substituindo então as palavras ginecologia e obstetrícia, objetivando deixar explícita a incorporação dos importantes preceitos filosóficos, destacando o conceito de integralidade do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BARACHO, 2007; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

O fisioterapeuta especialista em saúde da mulher é o profissional capaz de compreender a mulher e seus problemas de saúde em um amplo contexto, considerando os fatores socioeconômico-culturais e de gênero no processo saúde-doença, e de oferecer soluções a essa população nos diferentes níveis da atenção à saúde. Apresenta um perfil diferenciado dos demais com suas especificidades de realizar condutas fisioterapêuticas hábeis e peculiares na intenção de prevenir e reabilitar disfunções próprias da mulher altamente prevalentes e/ou exclusivas dessa população, além de estar apto na elaboração de programas de promoção à Saúde da Mulher (MORENO, 2009; FERREIRA, 2011).

O assoalho pélvico constitui a porção inferior da cavidade abdomino-pélvica, constituindo a única musculatura transversal do corpo humano que suporta carga e com diversas funções: suporte dos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, na respiração e na estabilização do tronco. Sua força refere-se ao grau de contração voluntária máxima, recrutando o maior número de fibras possíveis, mas, juntamente com as demais estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos da mulher, podem ser afetados com a gravidez, o parto, o aumento de peso, a menopausa e o envelhecimento (FRANCESCHET; SACOMORI; CARDOSO, 2009).

Fortunato et al., (2014) enfatizam que os músculos perineais permitem o intercuro sexual e o parto. As contrações involuntárias dos músculos do assoalho pélvico são as características principais do orgasmo feminino e, quando fracos, podem causar hipoestesia vaginal e anorgasmia, podendo interferir negativamente na função sexual feminina.

Atualmente, a atuação da Fisioterapia na Saúde da Mulher vem aumentando consideravelmente e tendo respaldo científico para a utilização de vários recursos e técnicas. Porém, ainda há necessidade de incremento de pesquisas direcionadas, especialmente no Brasil. A prevenção das disfunções relacionadas ao assoalho pélvico, bem como a instituição de programas/ações educativas para a população, ainda compõe um fator escasso no país.

3.3.1 Fisioterapia na Gravidez

Por muito tempo não se dava a devida atenção às mulheres gestantes quanto a atividade física durante o período gestacional. No entanto, essa percepção vem mudando a partir de observações de que mulheres mais ativas tinham partos “mais fáceis” do que as mulheres sedentárias. Sendo assim, foram criados programas de inclusão e/ou incentivos sobre a realização de exercícios físicos nesse período. O fisioterapeuta, desde então, com exercícios e atividades que minimizam dores e desconfortos característicos da gestação, além da preparação para o parto com exercícios perineais, também passou a engajar-se na equipe obstétrica. No Brasil, esse engajamento é recente (STEPHENSON; O’CONNOR, 2004; POLDEN; MANTLE, 2005; BARACHO, 2007).

A assistência pré-natal consiste no conjunto de medidas diagnósticas, preventivas e curativas que os profissionais de saúde realizam e/ou recomendam para manutenção e/ou melhora das condições de saúde geral da gestante. O sucesso disso depende do interesse e participação da gestante e familiares, bem como da atuação dos profissionais e dos gestores responsáveis do serviço (SACOMORI et al., 2012; CAMARA; FILONI; FITZ, 2015).

As adaptações em meio às alterações no organismo materno durante a gestação acarretam, frequentemente, dores e desconfortos musculoesqueléticos, que podem gerar diminuição da qualidade de vida, aumento de gastos com saúde, afastamento laboral, dificuldade motora, insônia, diminuição da atividade sexual e depressão. As dores pélvicas, nos quadris e nos membros e as neuropatias periféricas também podem aparecer. As dores lombares são as mais comuns seguidas das dores sacroilíacas (POLDEN; MANTLE, 2005; FERREIRA, 2011).

Várias modalidades fisioterapêuticas têm sido apontadas na literatura para o tratamento das dores e desconfortos musculoesqueléticos da gestação, como modificações posturais, exercícios de estabilização, exercícios na água e massagens. Para isso, é muito importante o conhecimento da anatomia, fisiologia, diagnóstico, fisiopatologia e tratamento das diversas disfunções (BARACHO, 2007; SILVA et al., 2017).

Se a assistência pré-natal deve abranger a gestante em todos os aspectos de saúde, a sexualidade também deve ser abordada durante a gestação, tendo em vista a diminuição gradual da função sexual com o avanço da gestação. O fisioterapeuta pode contribuir na orientação da prática sexual e consciência corporal durante esse período. A Fisioterapia especializada na região pélvica pode desenvolver a função dos músculos do assoalho pélvico, uma vez que a sexualidade feminina está intimamente relacionada à boa função dos mesmos (REISDORFER, 2010; SACOMORI et al., 2012).

Além da função sexual, as funções miccionais e intestinais também podem ser comprometidas durante a gestação pela presença de sintomas de incontinência urinária e constipação intestinal, que costumam estar ligadas a alterações no funcionamento dos músculos do assoalho pélvico. O peso do útero com as modificações da cavidade óssea da pelve, principalmente mais próximo do parto, pode gerar fraqueza dessa musculatura e consequentemente perda da função de continência e alteração no intercuro intestinal (SPERANDIO et al., 2016; POLDEN; MANTLE, 2005).

A Fisioterapia na gravidez, bem como a inserção de gestantes em programas de reabilitação, que envolvam o fisioterapeuta para atuar na prevenção e tratamento dos desconfortos gerados na gravidez, ainda é carente nos centros de assistência à maternidade. Menor ainda a atuação deste nas questões que envolvem a sexualidade e as disfunções sexuais ocorridas durante a gestação. Além disso, necessita-se de mais conhecimentos comprobatórios e práticos para a fundamentação de ações terapêuticas nessa área.

3.3.2 Fisioterapia nas Disfunções Sexuais Femininas

A prática da sexologia é bastante complexa. A abordagem dos distúrbios da sexualidade deve ser interdisciplinar com conhecimento multidisciplinar, exigindo do profissional, além de compor medidas terapêuticas que visam restaurar a função sexual do indivíduo, constante atualização nos saberes das demais especialidades que estudam o ser humano. A Fisioterapia atua nas disfunções que estiverem associadas a perturbações

fisiológicas e ao desempenho físico, especialmente nas disfunções da região pélvica e do períneo. Previne e trata limitações e incapacidades físicas, restaura função, mobilidade e promove alívio de dor (CAMARA; FILONI; FITZ, 2015; LATORRE, 2015; SILVA et al., 2017; BATISTA, 2017).

Alterações teciduais e disfunções de órgãos pélvicos, decorrentes da gravidez e parto, cirurgias pélvicas e mesmo do envelhecimento, podem comprometer o desempenho dessa região e limitar a vida sexual das mulheres. Na prática clínica, queixas de peso e/ou flacidez genital podem ser associadas a sensações imprecisas de fadiga e dores nos membros inferiores. O exame físico costuma revelar alterações de tônus e da função dos músculos do assoalho pélvico, observadas tanto em mulheres nulíparas como em múltíparas (BARACHO, 2007; FERREIRA, 2011).

A avaliação fisioterapêutica padrão utilizada na especialidade saúde da mulher deve ser devidamente detalhada para abordar a função sexual da paciente. Observações anatômicas e fisiológicas são de suma importância para a indicação de terapia comportamental ou de reeducação de hábitos. Posicionamento da pelve, aumento de amplitudes de movimento e reeducação postural fazem-se essenciais para adequação das funções da região pélvica, pois apenas a realização de exercícios será ineficiente se realizada isoladamente ou de forma inadequada (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Para Batista (2017), o gerenciamento e assistência às disfunções sexuais devem seguir a três conceitos: adotar uma estrutura centrada no paciente para avaliação e tratamento; aplicar princípios da medicina baseada em evidências no planejamento do diagnóstico e do tratamento; e fazer uso de abordagem de assistência individualizada. Sendo assim, é realizada uma abordagem equilibrada e integrada para a assistência na disfunção sexual. No entanto, há uma dificuldade do profissional de saúde em introduzir o tema da sexualidade nos atendimentos visando elaborar diagnóstico completo a fim de introduzir intervenção multidisciplinar, respeitando a singularidade de cada um (SACOMORI et al., 2012; LATORRE, 2015).

Poucos estudos falam de protocolos específicos para o tratamento das disfunções sexuais. No entanto, os recursos utilizados pela fisioterapia nas disfunções sexuais são semelhantes aos usados na clínica de uroginecologia com ênfase nas disfunções do assoalho pélvico. O diferencial está na forma como são aplicados, junto aos conceitos de sexualidade e a especificidade da determinada disfunção (MORENO, 2009; FERREIRA, 2011).

Entre os recursos disponíveis na Fisioterapia, temos: treino de percepção corporal; cinesioterapia (exercícios pélvicos e perineais); exercícios com dispositivos intracavitários

(cones, pesos ou absorvente interno); biofeedback (aplicado à saída das raízes nervosas sacrais, perineal, vaginal ou anal); eletroestimulação com Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) e ativação muscular; dessensibilização vaginal e massagem perineal; exercícios sexuais (exercícios de Kaplan); treino dos MAP (BARACHO, 2007; MORENO, 2009; FERREIRA, 2011; LATORRE, 2015; SILVA et al., 2017).

Segundo Piassarolli et al., (2010), o treinamento dos músculos do assoalho pélvico no desuso, debilidade e hipotonicidade destes produz efeito positivo na vida sexual das mulheres com relação a transtornos orgásticos, visto que o aumento da força dos músculos inseridos no corpo cavernoso do clitóris promove melhor resposta do reflexo sensório-motor, responsável pela contração involuntária dos músculos perineais durante o orgasmo, conseqüentemente auxilia a melhora da excitação e orgasmo femininos. Além da melhora do fluxo sanguíneo e da mobilidade pélvica, há também um aumento da lubrificação vaginal (BARACHO, 2007).

A experiência da Fisioterapia indica exercícios de dessensibilização nos casos de vaginismo e dispareunia por meio de massagem nos pontos de gatilho e de manobras miofasciais na região perineal, vaginal e anal, visando o relaxamento da musculatura local para, por exemplo, facilitar a penetração (SILVA et al., 2017). O fisioterapeuta capacitado em sexologia é o que pode indicar exercícios sexuais, comumente orientados por terapeuta sexual. Esses exercícios desenvolvidos por Kaplan consistem na prescrição de experiências eróticas específicas para cada tipo de disfunção sexual, devendo ser praticadas pelo casal em particular, objetivando melhorar o funcionamento sexual e a interação entre os parceiros (FERREIRA, 2011; MOURA; MARSAL, 2015).

Dessa forma, percebe-se a grande importância da atuação da Fisioterapia especializada nos distúrbios funcionais da região pélvica nas disfunções sexuais femininas decorrentes do mau funcionamento dos músculos perineais, visto que a conscientização e tonicidade regular dessa musculatura proporciona melhora na função sexual em vários aspectos, bem como pode prevenir ou minimizar o prejuízo desta. Leva-se em consideração a intervenção interdisciplinar assim como o conhecimento multidisciplinar para tal.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através do método de pesquisa de revisão da literatura narrativa ou tradicional, devido à não exigência de rigidez em seu protocolo de desenvolvimento, sem obrigatoriedade de fontes de buscas específicas e com seleção arbitrária do material a ser analisado (CORDEIRO; GRUPO DE ESTUDO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DO RIO DE JANEIRO, 2007). Dessa forma, realizou-se o levantamento bibliográfico em meio eletrônico, onde foram encontradas publicações relacionadas ao tema, disponíveis nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) e repositórios de monografias, dissertações e teses de universidades brasileiras.

Foram selecionados, de antemão, as publicações disponíveis na língua portuguesa datadas dos últimos dez anos, ou seja, a partir de 2007, intervalo selecionado mediante a recente e ainda escassa disponibilidade de estudos correlacionando disfunções sexuais femininas e gravidez de baixo risco. Posteriormente, foi feita a leitura seletiva dos resumos a fim de segregar os mais pertinentes ao tema e que alcançassem aos objetivos propostos neste estudo. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: Gravidez; Sexualidade; Função Sexual; Disfunções Sexuais; Fisioterapia.

Após a leitura prévia das introduções e objetivos dos achados, dezesseis (16) publicações foram selecionadas para discussão do autor, haja vista que atendiam ao propósito do estudo, uns por obterem dados quantitativos relacionados ao tema e outros, especificamente, por conterem dados relevantes quanto ao papel da Fisioterapia nas disfunções sexuais femininas durante a gestação de baixo risco.

A partir desta seleção, construiu-se uma tabela sinóptica (Anexo A), concomitante a leitura exploratória do material, considerando os seguintes aspectos pertinentes: autor, ano de publicação, objetivos, métodos utilizados, resultados e conclusões. A partir dos dados obtidos nesta tabela, feita para facilitar a visualização do autor, a discussão foi realizada de forma descritiva, por viabilizar a aplicabilidade da revisão elaborada e fornecer informações aos fisioterapeutas, médicos e demais profissionais de saúde atuantes na assistência pré-natal, a fim de atentá-los para um conhecimento mais abrangente sobre o tema.

5 DISCUSSÃO

As pesquisas voltadas para o desempenho sexual feminino nas diversas fases da vida da mulher são recentes e observa-se uma carência de estudos mais abrangentes e que possam traçar um perfil geral da população, visto que tais estudos são limitados a pequenos serviços de saúde em cidades, capitais ou regiões específicas. Em grávidas, estudos sobre a sexualidade e/ou função sexual limitam-se ainda mais em maternidades ou ambulatorios, dificultando generalidade em seus resultados.

Nos últimos dez anos, alguns autores focaram seus estudos em correlacionar a gestação e a sexualidade feminina. Em todos, pode-se observar certa influência de uma sobre a outra. Savall, Mendes e Cardoso (2008), traçaram um perfil de comportamento sexual na gestação baseado na aplicação de um questionário que avalia a sexualidade de gestantes nos períodos pré-gestacional e gestacional, e concluíram que a sexualidade feminina é afetada durante a gestação em alguns aspectos como a frequência de atividade sexual, principalmente no terceiro trimestre gestacional com a necessidade de adotar posições confortáveis e a diminuição da disposição para atividade sexual.

Do mesmo modo, em estudos realizados na região nordeste do Brasil com aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI¹), traduzido e validado no Brasil por Leite et al., (2007), todos seus resultados levaram a conclusão de que a satisfação sexual é comprometida no período gestacional agravando com o avanço da gravidez. Prado, Lima e Lima (2013) demonstram um percentual global de 31,7% de disfunções sexuais de um total de 362 mulheres entrevistadas em Aracaju (SE), sendo mais prevalente em gestantes com taxa de 40,4% de 177 gestantes entrevistadas nesse estudo.

Bomfim e Melro (2014), em um estudo realizado em uma maternidade no estado de Alagoas com 41 participantes, também chegaram à conclusão de que a função sexual diminui no período gestacional e enfatizaram essa queda concomitante ao avanço da gestação. Ou seja, a média dos escores finais do FSFI era menor (21,54) nas grávidas no terceiro trimestre gestacional e com pouca diferença significativa (26,24 e 25,84) entre o primeiro e segundo trimestre, respectivamente, levando em conta que o escore para considerar disfunção sexual é abaixo de 26 neste questionário.

¹ O FSFI é um questionário formado por 19 questões agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual (LEITE et al., 2007, p.398).

Mathias et al., (2015), determinaram alta prevalência (45,1%) de disfunção sexual em gestantes de baixo risco no terceiro trimestre gestacional, também utilizando dados do escore final do FSFI, demonstrando prejuízo em todos os domínios do questionário. O estudo foi feito com 102 gestantes em acompanhamento nos postos de saúde das cidades de Petrolina (PE) e Juazeiro (BA). Os autores atentaram para a diferença estatística significativa da disfunção sexual, com taxa de 55,9%, relacionada a nuliparidade, sendo que não puderam comparar esse índice com nenhum outro estudo com semelhanças metodológicas.

Igualmente no estudo de Lima, Dotto e Mamede (2013), com 778 mulheres que mantiveram relação sexual durante a gestação e pariram nas duas únicas maternidades do município do Rio Branco (AC), onde observou aumento na prevalência de 54,1% de disfunções sexuais no 1º trimestre gestacional para 66,3% no 3º trimestre, além da diminuição da lubrificação vaginal concomitante ao avanço da gestação e a frequência de dor de 47,9%. O problema sexual mais prevalente foi a ausência de desejo, com taxa de 51% na gestação.

Assim como a sexualidade, estudos sobre a qualidade de vida em gestantes também ganham destaque nos últimos anos, mas poucos correlacionam estes dois temas. Portanto, Ferreira, et al. (2012), realizaram um estudo piloto com 51 gestantes de baixo risco em ambulatórios de pré-natal de baixo risco na cidade São Paulo (SP). Avaliaram a associação entre a função sexual e a qualidade de vida e entre a função sexual e a satisfação sexual das gestantes saudáveis no segundo trimestre gestacional e concluíram que há associação entre esses fatores, visto que as mulheres que referiram estarem satisfeitas sexualmente também referiram qualidade de vida favorável. Em contrapartida, as que referiram a função sexual como “ruim” também referiram baixa qualidade de vida.

Sugere-se, então, uma associação entre a satisfação sexual e a função sexual dessas gestantes. Tais achados tornam-se relevantes, haja vista a associação da sexualidade ao contexto de qualidade de vida, segundo a OMS. No entanto, neste mesmo estudo preliminar, observou-se altas taxas classificando a satisfação sexual e a qualidade de vida como “boas”. Leva-se em consideração que as entrevistadas se encontravam no segundo trimestre gestacional, considerado o período mais *light* da gestação.

Já Ferreira, Ferreira Neto e Latorre (2011), em estudo semelhante para avaliar o nível de satisfação sexual da mulher durante a gestação, com resultados semelhantes ao anterior, onde a maioria (39% de um total de 46 gestantes) classificou a satisfação sexual de “regular a bom”, evidenciando a importância desta na vida da mulher e do casal. Os autores também enfatizaram o papel da Fisioterapia no melhoramento da função sexual, através de exercícios

perineais que possibilitam maior percepção das sensações da região e conseqüentemente maior prazer sexual.

Ainda para esses autores, os resultados da fisioterapia com essas gestantes poderiam atingir um escore máximo do questionário Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F²), tendo em vista que o tratamento para disfunção sexual feminina visa promover aumento do desejo sexual e da excitação, refletindo em uma gestante com maior qualidade de vida e maior conhecimento de seu próprio corpo. Como citado no trabalho, os exercícios para o assoalho pélvico promovem a melhora no desempenho sexual, o qual é um dos motivos que levam a mulher a procurar orientação nessa área.

Enfatizando a atuação da Fisioterapia nas disfunções sexuais, Piassaroli et al., (2010), realizaram um estudo no Ambulatório de Sexologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), utilizando a aplicação de um protocolo de treinamento dos MAP em 45 mulheres não gestantes, mas com diagnóstico de disfunção sexual entre transtornos de desejo, excitação, orgástico e dor, avaliando a função sexual através do FSFI antes, durante e após o treinamento, resultando em 68% das mulheres recebendo alta do ambulatório pelo desaparecimento das queixas. Porém, Moura e Marsal (2015) reúnem informações sobre a técnica fisioterapêutica de exercícios perineais para gestantes, de forma segura, considerando a eficácia da mesma para o fortalecimento e manutenção da função da musculatura pélvica ao manter a continência urinária, sustentar as vísceras e ajudar na função sexual.

Outro estudo para avaliar a função sexual feminina na gestação, realizado por Sacomori et al., (2012) com 156 gestantes maiores de 18 anos no terceiro trimestre gestacional ou puerpério imediato em postos de saúde e na Maternidade de referência de Florianópolis (SC), também enfatizou a importância do fisioterapeuta em contribuir para a orientação da prática sexual e consciência corporal em gestantes, tendo em vista a relação da sexualidade feminina e o bom funcionamento do assoalho pélvico, bem como a atuação da Fisioterapia específica para a região pélvica no melhoramento da função local. Dá-se a relevância desta abordagem a contribuir para o incremento da qualidade de vida da mulher gestante.

² Nota: Os dois estudos citados anteriormente utilizaram para avaliação da satisfação sexual o questionário brasileiro Quociente Sexual – versão Feminina (QS-F), composto por 10 questões que avaliam cada fase do ciclo de resposta sexual, permitindo a identificação de disfunções específicas dos domínios desejo, excitação, orgasmo e dor. Cada pergunta possui alternativas com pontuação de 0 a 5, sendo o escore final a soma dos valores multiplicada por 2, onde: 82-100 = bom a excelente; 62-80 = regular a bom; 42-60 = desfavorável a regular; 22-40 = ruim a desfavorável; e 0-20 = nulo a ruim (ABDO, 2006b).

Quanto à avaliação de uma ou mais disfunções sexuais específicas durante a gravidez, foram encontrados apenas dois estudos, um mostrando as alterações no desejo sexual durante o período gestacional com abordagem na atenção primária e o outro mostrando a prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados, ambos descritos a seguir:

No primeiro, Reisdorfer (2010), buscou avaliar o conhecimento que as mulheres assistidas no pré-natal, em uma unidade básica de saúde da zona leste do município de Porto Alegre (RS), relatam sobre a sua sexualidade, tendo em vista o desejo sexual. Percebeu em seus resultados um início precoce da vida sexual e reprodutiva das entrevistadas, porém pouco conhecimento acerca de seu corpo e sua sexualidade, o que corrobora com as conclusões de estudos citados anteriormente quanto a importância da Fisioterapia especializada nessa área. Observou que o desejo da expressão sexual durante a gravidez varia de uma mulher para outra e mesmo de uma ocasião para outra na mesma mulher. Foram entrevistadas 5 mulheres de um total de 52 gestantes em acompanhamento no período do estudo.

O autor concluiu que a satisfação sexual durante a gestação depende grandemente de como a mulher se percebe, se avalia e se valoriza nessa fase, bem como a percepção de seu parceiro em meio a tantas mudanças. Fatores relevantes como pontos positivos da sexualidade durante a gestação foram encontrados no estudo de Barbosa et al. (2011), com 108 gestantes em acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde Anastácio Magalhães (CSAM) na cidade de Fortaleza (CE), onde 45,4% se consideraram atraentes fisicamente e 65,7% referiram estarem felizes com as mudanças ocorridas no seu corpo devido a gravidez. As alterações negativas quanto à satisfação sexual nesse estudo se deram, principalmente, por falta de conhecimento e pela influência de mitos e tabus sobre o tema.

No estudo de Sperandio et al., (2016), entrevistou 202 mulheres no puerpério imediato em um hospital e maternidade de referência na cidade de Florianópolis (SC), que estavam sexualmente ativas no terceiro trimestre da gestação, com as três últimas perguntas do questionário FSFI e destacou a prevalência de 48,5% de dispareunia no terceiro trimestre gestacional, sendo a frequência dessa dor de “quase sempre ou sempre” com taxa de 35,7%. Um percentual de 58,2% das entrevistadas relatou a dispareunia como moderada. Destacou ainda que antes da gestação a prevalência era de 16,1%, e a maioria (67,7%) relatou ter às vezes dor durante o ato sexual.

No entanto, de acordo com este mesmo autor, tanto a frequência como a intensidade da dor aumentam no terceiro trimestre. Isso se confirma também com o estudo de Sacomori et al. (2012), que observou que a dor durante a atividade sexual esteve presente antes da gestação, com taxa de 10,8%; taxa de 22,5% no primeiro trimestre gestacional; 33,8% no

segundo; e 44,3% no terceiro trimestre. Esses fatores corroboram os resultados de diminuição da satisfação sexual no decorrer do avanço gestacional encontrados em outros estudos, uma vez que dor e desconforto durante a penetração vaginal levam a uma diminuição da motivação para a atividade sexual diminuindo, conseqüentemente, a frequência sexual em outras ocasiões (SPERANDIO et al., 2016).

Contudo, considerando a influência do mau funcionamento do assoalho pélvico, seja por disfunção própria ou por falta de autoconhecimento da mulher com seu corpo, foi encontrado apenas um estudo buscando comparar o grau de força dos músculos do assoalho pélvico com a função sexual em gestantes do segundo e terceiro trimestres gestacionais.

O estudo de Franceschet; Sacomori; Cardoso, (2009) utilizou-se do toque manual, baseando-se na escala de Oxford modificada, para a verificação da força dos músculos do assoalho pélvico e da aplicação do questionário FSFI para avaliar a satisfação sexual das 37 gestantes entrevistadas no segundo trimestre gestacional, atendidas nos centros de saúde de Florianópolis (SC). Observaram que as gestantes no terceiro trimestre apresentaram, em sua maioria, contração moderada, enquanto que as do segundo trimestre apresentaram, em sua maioria, contração de moderada a forte e a média do escore final do FSFI para as gestantes do segundo trimestre (22,72) foi superior à média das mulheres no terceiro trimestre (15,47). Portanto, há correlação significativa entre estas duas variáveis. Concluíram que as gestantes no segundo trimestre apresentaram melhor função sexual que as do terceiro, tendo em vista a semelhança do grau de contração dos músculos do assoalho pélvico entre os períodos. Além do mais, viram que maiores graus de contração desses músculos se correlacionaram com melhor função sexual.

Esses dados vão de encontro com o estudo de Sperandio et al., (2016), já citado, que encontrou associação entre dispareunia e fatores como constipação intestinal e incontinência urinária, o que proporcionou aumento da prevalência dessa desordem no terceiro trimestre gestacional, levando em consideração que: mulheres com fraqueza ou mal funcionamento do assoalho pélvico tendem a apresentar desordens miccionais e fecais, bem como sexuais. Além disso, foi relato que as mulheres que apresentavam menor força dos músculos perineais eram aquelas que referiram dor durante o ato sexual.

Assim como no estudo de Magno, Nunes e Pereira (2011), também se observou uma correlação positiva entre o índice da função sexual feminina, porém em mulheres saudáveis e sem queixas ginecológicas, com o grau de força dos músculos do assoalho pélvico e ainda uma tendência dos grupos com maior força de contração dessa musculatura obterem maior média no escore total do FSFI.

Para confirmar ainda mais a relação entre a força da musculatura perineal com a satisfação sexual feminina, o estudo de Camargo et al., (2016), realizado na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) no município de Palmas (TO), buscou analisar o efeito do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico para a melhora da satisfação sexual da mulher com a utilização de protocolo fisioterapêutico específico de exercícios perineais para fortalecimento. Confirmou-se a melhora da função sexual em função da melhora da força muscular do assoalho pélvico, embora o trabalho tenha sido feito com três mulheres não gestantes. Sugere-se, portanto, a fisioterapia especializada na região pélvica como um recurso a ser utilizado para a melhora da função sexual.

Observa-se que em todos os estudos citados, as conclusões revelam uma carência de informações e orientações na assistência pré-natal sobre a sexualidade durante a gravidez e mais ainda sobre recursos que podem ser adotados para minimizar as queixas de disfunções sexuais neste período. Como em Barbosa et al. (2011), a maioria das entrevistadas não receberam orientações sobre sexualidade durante as consultas, e apenas 43,5% declararam “alguma” orientação sobre o assunto.

Vieira et al. (2012), questionaram a capacidade dos médicos em abordar questões de sexualidade na gestação e verificaram que a maioria dos médicos está despreparada para lidar com estas questões no referido período. Destacam o desejo das gestantes em discutir tal assunto com seu médico, de acordo com vários estudos, no entanto, não se sentem à vontade para iniciar a conversa e os médicos, por outro lado, também não estão seguros para tal. Dessa forma, a “conspiração silenciosa de a paciente ‘não contar’ e de o médico ‘não perguntar’ leva muitos casais a sofrimento desnecessário”.

Todavia, a maioria dos estudos citados atentam para a necessidade de intervenções educativas sobre sexualidade feminina, sexo, satisfação sexual e disfunções sexuais neste público e especificamente para os profissionais, médicos e equipe multidisciplinar, da assistência pré-natal, em particular de baixo risco. Mesmo em programas de reabilitação para gestantes, com orientação de fisioterapeutas, ainda há a necessidade de incentivo quanto a presença do fisioterapeuta especializado em disfunções do assoalho pélvico e, conseqüentemente, em desordens sexuais influenciadas pelo mal funcionamento da musculatura perineal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo, observa-se que o conhecimento, bem como o diagnóstico das desordens sexuais, as orientações específicas e o encaminhamento ao tratamento especializado, pode amenizar ou reverter problemas que as disfunções sexuais femininas podem acarretar na vida da mulher e/ou do casal, como conflitos conjugais e insatisfações sexuais. Do mesmo modo, na gravidez de baixo risco, essas desordens sexuais podem trazer comprometimento na qualidade de vida da mulher-mãe, em meio a diversas modificações características do período, podendo ser amenizado com orientações adequadas, descartando mitos e tabus, e com recursos de prevenção e tratamento por meio da Fisioterapia.

Grande parte das publicações analisadas aqui se ateve em avaliar a função e/ou satisfação sexual de gestantes de acordo com as mudanças fisiológicas e caracterizando cada período gestacional. Em sua maioria, concluiu-se a influência negativa da gestação sobre a sexualidade feminina em diversos aspectos, bem como a sugestão de alguns autores quanto aos recursos de prevenção e tratamento, com a Fisioterapia nos casos de comprometimento dos músculos perineais.

No entanto, poucos correlacionaram a influência da força e do funcionamento dos músculos do assoalho pélvico com os índices de função sexual, limitando-se apenas em avaliação, visto que nenhum estudo relacionou tais análises com a intervenção de um protocolo de tratamento ou treinamento muscular do assoalho pélvico em gestantes que pudesse gerar dados estatísticos para comparação. Portanto, toma-se como base dois estudos recentes dessa natureza realizados em mulheres não gestantes, enfatizando a importância da fisioterapia, com treinamento dos músculos pélvicos, para a melhora da função sexual e qualidade de vida que pode ser levada às grávidas de baixo risco com queixas sexuais.

Sugere-se então, a realização de mais estudos nessa área, enfatizando a Fisioterapia como recurso de prevenção e tratamento para as disfunções sexuais em grávidas de baixo risco para maior comprovação do efeito de suas técnicas, bem como para maior conhecimento da equipe interdisciplinar de assistência pré-natal, visando mais segurança na abordagem sobre a sexualidade na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev Psiq Clin.**, v.33, n.3, p.162-167, 2006a.

ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual feminino – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Rev Bras Med.** v.63, n.9, p.477-482, 2006b.

ABDO, C. H. N. Ciclo de resposta sexual, neuropsicofisiologia e neuropsicopatologia da função sexual. In: ABDO, C. H. N. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 3. ed. São Paulo: Leitura Médica, 2010a. p. 29-47.

ABDO, C. H. N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Diagn tratamento.**, v.15, n.2, p.88-90, 2010b.

AMARAL, T. L.; MONTEIRO, G. T. Tradução e validação de questionário de função sexual na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.3, p.131-138, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM 5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://blogdapsicologia.com.br/unimar/wp-content/uploads/2015/12/248320024-Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc.**, v.18, n.8, p. 267-274, 2010.

ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev Esc Enferm USP.** v. 46, n.3, p.552-558, 2012.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova classificação americana para os transtornos mentais – o dsm-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v.26, n.1, p.67-82, 2014.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: aspectos de ginecologia e neonatologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARBOSA, B. N., et al. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.3, p.464-473, 2011.

BASSON, R. Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. **Menopause**, v. 11, n. 6, p. 709-713, 2004.

BATISTA, M. C. S. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Rev Diagn Tratamento**. v. 22, n.2, p.83-87, 2017.

BOMFIM, I. Q. M.; MELRO, B. C. F. Estudo comparativo da função sexual em mulheres durante o período gestacional. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.**, v.16, n.4, p.277-282, 2014.

CABRAL, A. C. V. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev Enferm UERJ.**, v.18, n.1, p.32-37, 2010.

CAMARA, L. L.; FILONI, E.; FITZ F. F. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Fisioterapia Brasil**. v.16, n.2, p.165-180, 2015.

CAMARGO, A. S. S. et al. A influência da força muscular do assoalho pélvico no grau de satisfação sexual feminina. **Revista Amazônia Science & Health**. v.4, n.2, p.2-8, 2016.

CARVALHO, A. C. R.; TENÓRIO, I. M.; ARAÚJO, E. C. Ideias, crenças e valores que as mulheres grávidas têm a respeito da própria sexualidade. **Rev enferm UFPE.**, v.1, n.2, p.133-139, 2007.

CORDEIRO, A. M.; GRUPO DE ESTUDO DE REVISAO SISTEMATICA DO RIO DE JANEIRO et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2007, v.34, n.6, p.428-431. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>. Acesso em: 28 jun. 2017.

DUARTE, G. Modificações e adaptações do organismo materno decorrentes da gravidez. In: FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.7, n.2, p.143-150, 2007.

FERREIRA, D. R.; FERREIRA NETO, G. F.; LATORRE, G. F. S. Análise pelo QS-F da satisfação sexual feminina durante a gestação. **EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires.**, v.16, n.158, 2011.

FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: teoria e prática.** 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, D. Q., et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.34, n.9, p.409-413, 2012.

FLORES, A. L. G.; AMORIM, V. C. O. Sexualidade na gestação: mitos e tabus. **Rev. Eletron de Psicologia.**, v.1, n.1, 2007.

FORTUNATO, G. L., et al. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. **Cadernos da Escola de Saúde,** Curitiba., v.2, n.6, p.143-158, 2014.

FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev. Bras Fisioter.**, v.13, n.5, p.383-389, 2009.

KAPLAN, H. S. Manual ilustrado de terapia sexual: sexo e não só. Rio de Janeiro: Nova era, 1977.

KINSEY, A. O comportamento sexual da mulher. Lisboa: Meridiano, 1970.

LARA, L. A. S., et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.30, n.6, p.312-321, 2008.

LATORRE, G. F. S. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. **Femina.** v.43, n.6, p.257-264, 2015.

LEITE, A. P. L., et al. Validação do índice da função sexual feminina em grávidas brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.29, n.8, p.396-401, 2007.

LIMA, A. C.; DOTTO, L. M.; MAMEDE, M. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 29, n.8, p.1544-1554, 2013.

- MAGNO, L. D. P.; NUNES, E. F. C.; PEREIRA, A. J. F. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.2, n.4, p.39-46, 2011.
- MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.17, n.3-6, p.175-183, 2008.
- MASTERS, W; JOHNSON, V. **Human Sexual Response**. Boston: Little Brown, 1966.
- MASTERS W, JOHNSON, V. **Human Sexual Inadequacy**. Boston: Little Brown, 1970.
- MATHIAS, A. E. R. A., et al. Incontinência urinária e disfunção sexual durante a gestação e pós-parto. **Rev Fisioter S Fun**. Fortaleza. v.4, n.2, p.21-31, 2015.
- MONTENEGRO, C. A.B; REZENDE FILHO, M. **Rezende: obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MOTA, C. P.; MOUTTA, R. J. O.; BRANDÃO, S. M. O. C. A sexualidade do casal no processo gravídico-puerperal: um olhar da saúde obstétrica no mundo contemporâneo. In: ENLAÇANDO SEXUALIDADES EDUCAÇÃO, SAÚDE, MOVIMENTOS SOCIAIS, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2013 Bahia. **Anais III Seminário Enlaçando Sexualidades (2013) (Anais ...)**. Salvador, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), 13 jun 2013. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/sobre/>. Acesso em: 28 jun. 2017.
- MORENO, A. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2009.
- MOURA, J. F. A. L.; MARSAL, A. S. Cinesioterapia para o Fortalecimento do Assoalho Pélvico no Período Gestacional. **Visão Universitária**. v.3, p.186-201, 2015.
- POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2005.
- PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.35, n.5, p.205-209, 2013.
- PIASSAROLLI, V. P., et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.32, n.5, p.234-240, 2010.

QUEIRÓS, A. et al. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. **Rev Port Clin Geral**. v.27, p.434-443, 2011.

REISDORFER, E. Alterações no desejo sexual durante o período gestacional – um estudo na atenção primária. **Sal & Transf. Soc.**, v.1, n.1, p.129-136, 2010.

SACOMORI, C. et al. Função sexual feminina na gestação. **Fisioter Bras**. v.13, n.6, p.458-462, 2012.

SAVALL, A. C. R.; MENDES, A. K.; CARDOSO, F. L. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioter Mov.**, v.21, n.2, p. 61-70, 2008.

SILVA, A. I., FIGUEIREDO, B. Sexualidade na Gravidez e Após o parto. **Rev. Psiquiatria Clínica**. v.25, n. 3, p. 253-264, 2005.

SILVA, A. P. et al. Massagem perineal melhora a dispareunia causada por tensão dos músculos do assoalho pélvico. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.39, n.1, p.26-30, 2017.

SPERANDIO, F. F. et al. Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.16, n.1, p.49-55, 2016.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. Fisioterapia Aplicada a ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Manole, 2004.

TRINDADE, W. R.; FERREIRA, M. A. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.3, p.417-426, 2008.

VIEIRA, T. C. B. et al. Sexualidade na gestação: médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.34, n.11, p.485-487, 2012.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Sexual health, human rights and the Law.

Unicef: WHO. Disponível em:

file:///C:/Documents%20and%20Settings/biblioteca4/Meus%20documentos/Downloads/Sexual%20health%20human%20rights%20and%20the%20law.pdf. Acesso em: 30 nov. 2016.

ANEXO A - Tabela sinóptica com aspectos pertinentes do material selecionado

Tabela sinóptica com aspectos pertinentes do material selecionado:

AUTOR/ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
Bonfim e Melro, 2014	- Avaliar a função sexual de mulheres durante o período gestacional.	- Aplicação do questionário FSFI. - Convite a participação de um diálogo com orientações fisioterapêuticas sobre as mudanças que ocorrem na vida sexual durante as fases da gestação.	- A função sexual das gestantes diminui de acordo com o avanço gestacional. - Pior escore do FSFI em grávidas no 3º trimestre.
Ferreira et al., 2012	- Avaliar a associação entre função sexual e qualidade de vida e a associação entre função sexual e satisfação sexual em gestantes saudáveis no 2º trimestre.	- Aplicação do questionário QS-F para avaliar a função sexual e do questionário WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida.	- Associação entre função sexual “ruim” e qualidade de vida “ruim”. – Associação de função sexual “regular a boa” e “boa a excelente” com “satisfação” e “muita satisfação sexual”.
Prado et al., 2013	- Avaliar o impacto da gestação na função sexual feminina.	- Aplicação do IFSF em mulheres gestantes e em não gestantes. - Comparação dos escores finais dos dois grupos.	- Vários fatores influenciam diretamente a resposta sexual da mulher na gestação. - Influência negativa da gestação na função sexual não deve ser negligenciada.
Mathias et al., 2015	- Determinar a prevalência das disfunções sexuais em gestantes de baixo risco no 3º trimestre gestacional. - Verificar associação com fatores de risco.	- Aplicação questionário FSFI em gestantes durante o 3º trimestre gestacional.	- Prevalente a disfunção sexual entre as mulheres avaliadas com prejuízo em todos os domínios do FSFI. - Diferença significativa entre disfunção sexual e a variável paridade.
Lima et al., 2013	- Avaliar a função sexual de primigestas. - Caracterizar o perfil socioeconômico - Estimar a prevalência das disfunções sexuais avaliadas antes e durante a gravidez.	- Aplicação de 13 questões, de múltipla escolha, sobre saúde sexual do PSFQ.	- Prevalência da disfunção sexual menor antes da gestação e maior durante a gravidez. - O problema sexual mais prevalente foi a ausência do desejo sexual, seguido da diminuição da lubrificação. A ausência do desejo sexual, a insatisfação, a dispareunia e a diminuição na lubrificação vaginal aumentaram nas mulheres com a progressão da gestação. - Perfil jovem das primigestas com disfunção sexual antes da gestação, agravada com esta.
Ferreira et al., 2011	- Analisar o nível de satisfação sexual das mulheres durante a gestação.	- Aplicação do questionário Quociente Sexual – versão Feminina (QS-F).	- Em geral, as gestantes não estão deixando a vida sexual em segundo plano e isso é um fator de extrema importância para a vida afetiva do casal.
Savall et al., 2008	- Delimitar o perfil do comportamento sexual de gestantes, considerando os diferentes períodos do ciclo gestacional.	- Aplicação do Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG) nos períodos pré-gestacional e gestacional.	- A sexualidade na gestação é afetada em vários aspectos, principalmente no 3º trimestre. - As gestantes do estudo demonstraram interesse em se informar sobre a atividade sexual na gravidez.
Barbosa et al., 2011	- Caracterizar a sexualidade das gestantes. - Identificar o perfil da atividade sexual na gestação. - Verificar o recebimento de orientações sobre sexualidade durante o pré-natal. - Quantificar o desejo e a satisfação sexual da mulher durante os períodos pré-gestacional e gestacional.	- Entrevista através de formulário estruturado para o estudo.	- Maioria não recebeu orientações sobre sexualidade durante as consultas. - Atividade sexual na gestação com transformações: diminuição da frequência, do desejo sexual, da qualidade das relações sexuais e da satisfação. - A gestação causa repercussões que interferem de forma negativa na vivência da sexualidade da mulher. - A gestante, além de ser mãe, é mulher com desejos, libido, medos e anseios.
Sacomori et al., 2012	- Descrever as alterações na função sexual de gestantes ao longo dos trimestres gestacionais.	- Aplicação do Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG): Comportamento Sexual, Resposta Sexual/ Função Sexual e Aspectos	- O avançar da gestação esteve relacionado à diminuição gradual da função sexual.

Simbólicos.			
Sperandio et al., 2016	- Verificar a prevalência de dispareunia no 3º trimestre gestacional e os fatores associados.	- Aplicação das três últimas perguntas do questionário FSFI.	- Associação entre dispareunia e constipação. - A força do assoalho pélvico esteve associada à dispareunia: mulheres que apresentavam menor força referiam dor durante o ato sexual. - Associação entre a dispareunia e a incontinência urinária. - A prevalência da dispareunia mais elevada no 3º trimestre comparado a antes da gestação. - Fatores associados neste período: sintomas de constipação e incontinência urinária.
Reisdorfer, 2010	- Discutir as alterações do desejo sexual no período gestacional, buscando o conhecimento das alterações que as mulheres assistidas no pré-natal relatam sobre a sua sexualidade.	- Análise qualitativa através de entrevistas semiestruturadas, gravadas e categorizadas em posterior análise de conteúdo.	- A satisfação sexual durante a gestação depende grandemente de como a mulher se percebe, se avalia e se valoriza nessa fase, além da maneira como seu companheiro manifesta seus sentimentos por ela. - Para promover uma assistência pré-natal integral e humanizada, a sexualidade durante a gestação deve ser uma temática abordada durante as consultas, grupos e cursos de gestantes, além de outros momentos em que for necessário.
Franceschet et al., 2009	- Comparar o grau de força dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) e a função sexual entre gestantes do 2º e 3º trimestres gestacionais.	- Dados pessoais, anamnese sobre o conhecimento prévio dos exercícios para os MAP, verificação da força de contração da MAP por meio do toque manual (escala de Oxford), aplicação do questionário FSFI;	- As gestantes do 2º trimestre gestacional apresentaram melhor função sexual que as do terceiro; porém, o grau de contração dos MAP foi semelhante. - Maiores graus de contração dos MAP se correlacionaram com melhor função sexual.
Moura e Marsal, 2015	- Abordar a importância do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em mulheres durante o período de gestação.	- Pesquisa qualitativa realizada através de uma revisão bibliográfica. Em três tópicos destaca anatomia dos MAP, alterações da gravidez e exercícios para fortalecimento dos MAP na gestação.	- É importante que se mantenha esta estrutura sempre fortalecida, pois mantém a continência urinária, sustenta as vísceras e ajuda na função sexual. - O assoalho pélvico enfraquecido pode levar a disfunções fisiológicas prejudicando seu funcionamento.
Magno et al., 2011	- Verificar a possível relação entre a função sexual feminina e a força de contração dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) em mulheres saudáveis.	- Aplicação do questionário FSFI. - Posteriormente foi mensurada a contração dos MAP com um perineômetro.	- Correlação positiva entre o índice da função sexual feminina em mulheres saudáveis, sem queixas ginecológicas, com o grau de força dos MAP. - Tendência dos grupos com maior força de contração dos MAP obterem maior média no escore total do FSFI.
Piassarolli et al., 2010	- Avaliar o efeito do treinamento da musculatura do assoalho pélvico sobre as disfunções sexuais femininas.	- Aplicação do questionário de avaliação da função sexual, FSFI, antes, na metade e após o treinamento dos MAP. - Exercícios em grupo, por 10 sessões, 1 ou 2 vezes por semana, durante 50 minutos.	- Ao lado das abordagens já utilizadas, o tratamento fisioterapêutico pode ser um recurso valioso para auxiliar na resolução das disfunções sexuais e na melhora na qualidade de vida dessas mulheres.
Camara et al., 2015	- Demonstrar a importância e a eficácia do tratamento fisioterapêutico nas DSF por meio de uma revisão de literatura.	Revisão bibliográfica	- Na literatura revisada a fisioterapia, com seus diversos recursos, é indicada para o tratamento das disfunções sexuais, tanto associada à outra especialidade, como terapia comportamental, como de forma isolada, demonstrando resultados significativos e eficazes.