



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Carolyne Barbosa Peniche  
Pedro Renan Nascimento Barbosa

**PERCEPÇÃO FEMININA DA QUALIDADE DA FUNÇÃO SEXUAL  
APÓS FISIOTERAPIA PÉLVICA**

BELÉM/PA  
2019

CAROLYNE BARBOSA PENICHE  
PEDRO RENAN NASCIMENTO BARBOSA

**PERCEPÇÃO FEMININA DA QUALIDADE DA FUNÇÃO SEXUAL  
APÓS FISIOTERAPIA PÉLVICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal do Pará, como exigência para a Conclusão de Curso de Bacharelado em Fisioterapia, sob orientação da professora Dra. Roseane Matos Fernandes.

BELÉM/PA  
2019

CAROLYNE BARBOSA PENICHE  
PEDRO RENAN NASCIMENTO BARBOSA

**PERCEPÇÃO FEMININA DA QUALIDADE DA FUNÇÃO SEXUAL  
APÓS FISIOTERAPIA PÉLVICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal do Pará, como exigência para a Conclusão de Curso de Bacharelado em Fisioterapia, sob orientação da professora Dra. Roseane Matos Fernandes.

Data da defesa: 11/12/2019.

**Banca Examinadora:**

---

**Professora Dra. Roseane Matos Fernandes**

Orientadora

Universidade Federal do Pará

---

**Professora Dra. Cibele Nazaré Câmara Rodrigues**

Examinadora

Universidade Federal do Pará

---

**Professor Dr. Euzébio de Oliveira**

Examinador

Universidade Federal do Pará

## **AGRADECIMENTOS**

### **CAROLYNE**

Aos meus pais, em especial à minha mãe, o ser maravilhoso ao qual devo tudo que sou e espero ser, és minha maior sustentação em todos os aspectos. Você nunca mediu esforços para me ajudar e serei eternamente grata a ti. És a melhor mãe do mundo!

Às minhas irmãs, Lurdes e Naza, sobrinha Duda, cunhada Lenice, Tia Nice, enfim, à toda família pelo apoio para que pudesse concluir esse sonho, cada um sabe a forma que contribuiu para que ele se concretizasse. Sem a ajuda de vocês eu não conseguiria. Muito obrigada!

Ao meu esposo, Edvard, meu maior incentivador, em todos os momentos que eu cogitei desistir de tudo, você me deu forças para seguir em frente. Nos momentos mais difíceis, você esteve ao meu lado me apoiando e me deu o melhor presente que foi sem dúvida o maior incentivo para concluir a graduação: a Clarice. Eu amo muito vocês!

Ao meu parceiro, Pedro, por todo apoio e compreensão nos momentos em que precisei. Se tornou meu irmão em todos esses anos juntos. Nos dias mais difíceis, seu bom humor e positividade sempre me deixavam mais tranquila. Obrigada por me fazer manter a calma e sanidade.

À minha orientadora, Roseane Reis, uma pessoa maravilhosa que contribuiu muito para elaboração desta pesquisa. Obrigada por abrir as portas para nos orientar e nos fascinar pelo estudo qualitativo. Sempre terá minha eterna gratidão e admiração!

À equipe da Clínica Mônica Moura que contribuíram de forma excepcional na conclusão deste Projeto.

Aos amigos, professores e técnicos da Faculdade e a todos, que direta ou indiretamente, participaram da profissional que me tornei.

## **AGRADECIMENTOS**

### **PEDRO**

A mim, por sempre evoluir e me superar, sempre me surpreendo com o que me tornei e por estar sempre aberto às transformações e desconstruções. Não foi fácil! Mas o Pedro de 2008 está chegando mais perto de onde queria.

Aos meus pais e avós, em especial ao meu pai, Paulo Barbosa e à minha avó/mãe, Terezinha Barbosa, os seres mais impressionantes que se poderia ter, que assim como eu, são metamorfoses ambulantes e se adaptaram a cada dificuldade que percorremos. Obrigado por cada investimento incansável na minha educação, hoje o sorriso esconde a dor que apenas nós conhecemos.

Às minhas melhores amigas, Jéssica e Alice, que me conduziram durante o colegial a seguir caminhos que até hoje são difíceis de acreditar, estar percorrendo devido as tantas dificuldades que vemos no ensino público. Foram mulheres essenciais em minha vida e até hoje o são.

À Jéssica e sua família, em especial à sua mãe, Maria; sua irmã Jhenyfer e sua tia Mariney, que praticamente me adotaram e me acolheram em seus corações e em seu lar. Sou grato por cada palavra de motivação, pelos momentos de apoio e por cada sorriso compartilhado. Vocês são minha família também!

À minha querida e amada UFPa, em todos os sentidos e recursos (humanos e não humanos), onde foi minha cidade e me deu de lar, a FFTO. Sou grato a cada professor, em especial às professoras Keila Madureira e Cibele Câmara, que me fizeram o profissional que me tornei e me encaixaram e deram oportunidade nas áreas que mais aprecio.

À minha parceira de pesquisa, Carolyne Peniche, que sempre foi a maior de todas inspirações neste manuscrito, nossa transformação e evolução foi peça chave nesta pesquisa. Obrigado por ter se tornado minha irmã, por fazer de mim alguém melhor e me aturar durante o processo, além de me dar uma sobrinha linda demais: a Clarice, que já vai crescer sabendo cada detalhe deste manuscrito.

À minha querida orientadora, professora Roseane Fernandes que aceitou o desafio de nos conduzir, a abrir nossos olhos para a importância no

olhar humanístico e na percepção da fala dos sujeitos, que transcenderem os dados quantitativos, além de todo o afeto e carinho que nos deu devido cada situação conturbada nesse processo.

Ao Coletivo Juntos!, seus setoriais, ao Movimento Esquerda Socialista, ao PSOL e a cada militante, que foram meus companheiros de luta e me ensinaram a importância da oposição frente a cada desgoverno que vivi durante minha graduação. Estarei sempre de olhos abertos e mãos erguidas na luta por educação de qualidade, saúde para todos e dizendo NÃO a cada desigualdade desse atual sistema.

Ao Sistema Único de Saúde, que foi construído e hoje mesmo não sendo fidedigno ao que está escrito, sobrevive a cada tentativa de desmonte. Será sempre um dos meus maiores orgulhos em ser brasileiro, mostrando sempre que a Saúde é direito de todos e dever do Estado.

Ao universo e no que há nele, que emana esperança e vai além de nossa compreensão, a fé de cada pessoa ao meu redor que me trouxe vida e luz, que me deu esperança e me mostrou o real sentido do que é respeito e que de alguma forma, o amor é onde todos nos encontramos.

Existe uma forma poética para falar a respeito de desejos sexuais? Assim talvez, eu pareça menos pervertida (EUGÊNIA).

## RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever a percepção de mulheres da qualidade da função sexual após o tratamento de fisioterapia pélvica para disfunção sexual, identificando as dificuldades enfrentadas por elas no processo de adesão ao tratamento e descrever o impacto na vida sexual/afetiva, buscando subsidiar a construção de indicadores qualitativos de satisfação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo entrevistas semiestruturadas com três mulheres que realizaram tratamento fisioterapêutico para disfunção sexual. O tratamento e a análise de dados foi baseada na técnica de análise de conteúdo. Em termos de resultados, as entrevistadas avaliam positivamente a terapia fisioterapêutica a que foram submetidas com destaque para o atendimento humanizador dispensado pelas fisioterapeutas que as atenderam além da melhora física de suas disfunções, com impacto em seus relacionamentos sexuais e afetivos.

**Palavras-chave:** Disfunção Sexual. Terapia Fisioterapêutica. Sexualidade.



## **ABSTRACT**

The objective of this study is to describe the perception of women of the quality of sexual function after pelvic physical therapy treatment for sexual dysfunction, identifying the difficulties faced by them in the treatment adherence process and to describe the impact on sexual / affective life, seeking to support the construction of qualitative indicators of satisfaction. This is a qualitative research involving semi-structured interviews with 3 women who underwent physical therapy treatment for sexual dysfunction with the analysis based on the content analysis method. In terms of results, users indicate criteria to positively evaluate the behaviors, taking as reference the importance of a communicative and humanized care, going beyond the physical improvement of their dysfunctions and highlighting the positive impact on their sexual and affective relationships.

**Keywords:** Sexual Dysfunction. Physical Therapy. Sexuality.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 A SEXUALIDADE FEMININA: A MULHER TEM PRAZER, SIM! .....</b>	<b>14</b>
2.1 A mulher e o prazer.....	14
<b>3 DISFUNÇÃO SEXUAL: POR ONDE ANDA O DESEJO FEMININO? .....</b>	<b>18</b>
3.1 Fatores desencadeantes da disfunção sexual feminina.....	18
3.2 Diagnóstico e tratamento no combate à disfunção sexual feminina.....	20
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>22</b>
4.1 <i>Locus</i> da Pesquisa, Participantes e Produção e Organização dos Dados Empíricos.....	22
4.2 Participantes da Pesquisa: Mulheres com disfunção Sexual.....	27
<b>5 DISFUNÇÃO SEXUAL: O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO.....</b>	<b>28</b>
5.1 Tratamento com o Fisioterapeuta: <i>pensava que eu tinha algum problema horrível, que eu nunca ia ser curada.....</i>	28
5.2 Terapia com o Fisioterapeuta: <i>às vezes dói um pouco, mas ela sempre foi muito cuidadosa.....</i>	30
5.3 Qualidade da vida sexual após fisioterapia pélvica: <i>eu me sinto muito melhor, muito segura, com menos vergonha com meu namorado.....</i>	32
5.4 Vida sexual e afetividade: <i>não querer que o meu marido fizesse carinho em mim porque eu pensava que ia levar uma coisa à outra.....</i>	34
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>46</b>
APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	47
APÊNDICE 2 – Roteiro das entrevistas.....	48

## 1 INTRODUÇÃO

À mulher, por questões históricas/culturais, falar de sua sexualidade não é uma necessidade emergencial, pelos tabus e preconceitos que a cerca. É oportuno lembrar que, apesar dos valores ético-morais da cultura ocidental ter aderência na tradição judaico-cristã, não cabe exclusividade ao Cristianismo propalar a hostilização do prazer via o sexo e do corpo. Houve um fecundo discurso, sob orientações médicas, desde a Antiguidade, do prejuízo de se fazer sexo e da mulher objetificada<sup>1</sup> – propriedade do homem; fonte exclusiva de procriação, sem protagonismo de sua sexualidade (SILVA; HERNÁNDEZ, 2013).

Daí, ser a sexualidade feminina, tema pouco indicado para estudo, ainda mais quando a mulher é acometida por algum problema que possa dificultar a relação sexual e, conseqüentemente, o prazer do parceiro, no caso das assumidas heterossexuais.

O termo disfunção sexual define-se como uma incapacidade frequente (mínimo de seis meses) de a pessoa ter a vida sexual da forma que desejaria, mas não conseguiu-la por fatores físicos que influenciam nesta satisfação (OMS, 2000).

A prevalência desta patologia é elevada, situando-se entre os 25% e os 63% em nível mundial (BERMAN, 2003); número alarmante visto que, pode influenciar em uma perda funcional na resposta sexual, a saber: desejo, excitação, orgasmo e resolução; podendo a satisfação sexual ser comprometida (SHIFREN et al, 2008; WEST, 2004).

A classificação mais recente, dada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, das disfunções sexuais são: dor genito-pélvica / distúrbio de penetração (dor sexual), interesse sexual feminino / distúrbio da excitação (baixo desejo e baixa excitação) e distúrbio orgásmico feminino (disfunção orgásmica) (KRAKOWSKY; GROBER, 2018).

Os distúrbios sexuais também podem estar relacionados ao desconhecimento do próprio corpo pela mulher e da presença de mitos sobre a sexualidade, a repressão familiar e/ou religiosa, que dificultam o aprofundamento nos conhecimentos da intimidade corporal e da busca por prazer (GARCIA; LISBOA, 2012).

---

<sup>1</sup> Condição feminina de ser considerada um objeto.

A Fisioterapia direcionada ao assoalho pélvico pode fortalecer a musculatura, dar propriocepção e, com isso, proporcionar maior consciência do próprio corpo pela mulher dando-lhe, assim, a possibilidade de uma vida sexual satisfatória, no caso daquelas que são acometidas por disfunção sexual (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Neste contexto, problematizamos: Como a Fisioterapia influencia na qualidade da vida sexual/afetiva de mulheres com disfunção sexual? Quais as dificuldades enfrentadas por mulheres que aderiram à fisioterapia pélvica na vida sexual/afetiva? Como a vida sexual de mulheres foi alterada após a fisioterapia pélvica?

Definimos como **objetivo geral**:

- Analisar como a Fisioterapia influencia na qualidade da vida sexual/afetiva feminina.

E como **objetivos específicos**:

- Identificar as dificuldades enfrentadas por mulheres que aderiram à fisioterapia pélvica na vida sexual/afetiva.

- Descrever como a vida sexual de mulheres foi alterada após a fisioterapia pélvica.

A motivação pessoal para o desenvolvimento deste estudo assenta-se na experiência dos pesquisadores em projetos de pesquisa, durante a graduação em Fisioterapia, que abordaram tal temática e na intenção de estabelecer conexões teóricas com um novo estudo empírico.

Quanto à sua relevância acadêmico-científica é garantida nas lacunas na área da Fisioterapia sobre a disfunção sexual e sua interface com outras áreas de conhecimento, que tratam sobre a sexualidade feminina e, metodologicamente, ter a prevalência de estudos de base quantitativa. Ao eleger a voz da mulher como mote de análise das questões em voga, assumimos um viés pela sua subjetividade, o que incide assumidamente em um estudo de base qualitativa.

A pesquisa teve início a partir do Termo de Aceite do Orientador, pela professora Dr<sup>a</sup>. Roseane Matos Fernandes, docente da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Após leituras, pesquisas, elaborações e correções, o Projeto foi credenciado na Plataforma Brasil, encaminhado a um Comitê de Ética da UFPA, conforme os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg (466), com respeito às normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), tendo sido aprovado pelo Parecer de n. 3.399.121.

Conforme mencionado, é uma pesquisa de abordagem qualitativa que:

Responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 22).

A escolha por essa abordagem se explica pela necessidade de compreender o fenômeno pela visão dos participantes e em entender o contexto social, físico, cultural e emocional em que se encontram, em caráter descritivo (CAVALCANTI, 2017 apud GIL, 2007).

Para fins de organização e leitura, este estudo se dispõe na seguinte estrutura: na primeira seção cujo título é **A sexualidade feminina: a mulher tem prazer, sim!** abordaremos a presença e a repressão do prazer feminino e a sua emancipação no decorrer de alguns recortes históricos.

Na segunda seção, intitulada **Disfunção sexual: por onde anda o desejo feminino?** serão apresentados os fatores biológicos, o diagnóstico e o tratamento relacionados à disfunção sexual.

Na terceira seção, nomeada **Percurso Metodológico**, o memorial de campo assumirá uma moldura descritiva, fonte fecunda para a compreensão das opções metodológicas assumidas neste estudo.

Por fim, na quarta seção, **Disfunção sexual: o tratamento fisioterapêutico**, destacará a análise dos dados empíricos da percepção das participantes sobre o tratamento fisioterapêutico e do impacto na sua vida sexual.

## **2 A SEXUALIDADE FEMININA: A MULHER TEM PRAZER, SIM!**

### **2.1 A mulher, o sexo e o prazer**

Por toda a extensão da história humana, o corpo feminino transitou por diversos processos de sua descoberta e/ou de sua negação, “marcado pela desmemorização e descorporalização das mulheres, condição própria do poder masculino” (TEDESCHI, 2012, p. 13). O prazer feminino não era aceito, já que seu corpo tinha funções específicas, definidas por necessidades impostas pela sociedade e pelo momento histórico a que pertencia.

Desde os primeiros registros históricos, a mulher sempre foi vista como objeto frágil e exercendo funções ‘menos complexas’ que o homem, mas no período da pré-história, sua sobrevivência era dependente da parceria com o ser masculino para se alimentar e defender. Nessa organização as tarefas de cada sexo eram bem aprazadas, a mulher “trabalhava a terra, domesticava animais, cuidava das crianças, velhos e doentes, além de criar vasilhames, utilizar o fogo, preparar unguentos, porções, enquanto o homem ia à caça de alimentos” (ALAMBERT, 2004, p. 27).

Com a mudança do modo de vida nômade para o sedentarismo e a necessidade de força física para arar a terra, o trabalho do macho passou a ser mais valorizado, dando início à subjugação do sexo feminino pelo masculino: o patriarcado. As parcerias entre ambos foram perdendo força e passou a triunfar a lei do mais forte (SAFFIOTI, 2004).

Ascendendo da Idade Antiga (4000 a.C. - 476 d.C.), por Hipócrates (460 - 375 a.C.) e Platão (427 - 347 a.C.), a ideia de que o órgão reprodutor feminino tinha objetivo específico: gerar filhos; as mulheres, então, com possíveis sintomas de esterilidade eram totalmente dispensáveis, já que o sexo tinha apenas tal intuito – a procriação. Além do que, acreditava-se que “o útero [...] era o responsável pelo comportamento emocional e moral das mulheres, bem como aquilo que definia o lugar social delas: o lar, na posição de mães” (MURIBECA, 2010, p. 102).

Na Idade Média, em que os valores cristãos tinham grande influência na sociedade, o papel do ser feminino era bem delimitado – restringir-se ao espaço doméstico, cuidar do lar, gerar filhos (homens) fortes para lutarem nas guerras – e o prazer era considerado pecaminoso, pois mantinha o espírito prisioneiro do corpo e distante de Deus. As mulheres não podiam expressar seus desejos sexuais, visto

que seus corpos após o casamento, ficavam na posse do cônjuge e as almas na posse da figura divina (MACEDO, 2002).

O corpo feminino, nesse tempo, perpassa sob duas representações: a Eva pecadora e a Virgem Maria assexuada – simbologias bíblicas, cristãs, padronizadas em várias sociedades e estereotipadas no principal papel de acompanhante do ser masculino, tendo a partir disso, a função reprodutora. Com essas figuras femininas de referência, a mulher que apresentasse tendências, ditas exageradas no desejo sexual, era considerada um ser abominável pela sociedade e pela Igreja, uma pecadora semelhante à Eva (SANTOS, SALLES, 2015).

Em Atenas, o desejo feminino, no que diz respeito às relações sexuais, era posto de lado e as necessidades do marido eram colocadas acima de tudo – as mulheres eram educadas para aprender a dar prazer aos seus parceiros.

O principal objetivo do casamento é a reprodução de herdeiros e a continuidade da polis, tudo isso através do sexo. Portanto, dominar as ferramentas que manipulam a beleza e a sedução faz parte também das habilidades aprendidas pelas atenienses (NETO, 2011, p.55).

Assim, as questões que remetiam ao sexo sempre traziam consigo o envolvimento da mulher como reprodutora, genitora e/ou objeto de satisfação masculina. Seus desejos, suas preferências e suas necessidades eram subvalorizados por conta do papel social pré-estabelecido.

No período que, compreende o fim do século XIV até meados do século XVIII, ocorreu o fenômeno de repressões generalizadas direcionadas ao sexo feminino: a ‘caça às bruxas’.

A mulher foi vista como uma figura perigosa e diabólica, mais propensa à lascívia e aos arroubos sexuais, sendo, também, portadora do mal e da morte. [...] toda a sociedade, juntamente com as autoridades estatal e religiosa, passou a perseguir e desejar o banimento das crenças não cristãs e superstições. Com o pânico popular instalado, foram perseguidos todos os possíveis hereges. Instalou-se um clima de ódio, especialmente contra as mulheres, que ao que julgavam os clérigos, eram as principais perturbadoras da ordem estabelecida, renegando a Deus para adorar ao Diabo (GEVEHR; SOUZA, 2014, p. 119).

Mas, a partir do século XVIII, a mulher tem seu status alterado de acordo com o desenvolvimento da sociedade. Após a Revolução Francesa e a difusão dos ideais

liberais, nota-se sua presença no sistema político e social vigente na França e no resto do Ocidente, transformando seus hábitos, costumes e relações humanas. Os sexos feminino e masculino assumem novas atitudes no convívio domiciliar e social. Nesse tempo a mulher passa a se interrogar sobre sua própria identidade e refletir sobre suas vontades, desejos e anseios (MURIBECA, 2010).

Mas, é apenas no século XIX, que a devida importância da sexualidade feminina é dada e adquire importância médico-social, devido aos problemas relacionados à maternidade e ao aleitamento infantil. Nesse contexto, outro estereótipo surge – a figura feminina centrada na maternidade:

Ser mãe e ser mulher constituíam seres diferentes, pois a figura da mulher era o oposto da figura da mãe. A sensualidade presente no gozo feminino passou a ser encarada como um obstáculo à assunção da maternidade e à experiência da gestação (MENEGON; SILVA, 2015, p. 129).

A fusão da figura feminina ao papel de mãe é mais uma forma de manter a permanência da mulher no confinamento do lar, tornando a maternidade, o cuidado com o filho e o amor inato – qualidades específicas sua – que assume mais um papel social:

A maternidade passa a ser vista como parte da “natureza feminina”, e a função da mãe na educação e cuidado dos filhos como algo natural, o que na modernidade os teóricos [...] não tardaram a acrescentar uma nova função: a de educadora (TEDESCHI, 2012, p. 18).

A partir do século XX, com a presença da mulher no contexto social e político e o advento da psicanálise, nota-se a iniciação do empoderamento feminino associado a um novo modelo de sexualidade – que objetiva o prazer e não apenas a reprodução. Além disso, “o movimento feminista, em certa medida inspirado pela teoria freudiana, e os avanços científicos em relação à contracepção influenciaram de maneira significativa para a conquista da autonomia sexual das mulheres” (MENEGON; SILVA, 2015, p. 124), na qual começam a impor suas vontades e seus desígnios.

O discurso freudiano rompeu o paradigma da sexualidade e sua conexão direta à reprodução biológica; para procriar a espécie não seria o motivo pelo qual a sexualidade existiria, mas que estaria ligada à outras funções. Os estudos deste literato sobre Psicanálise, como o livro Conferências Introdutórias à Psicanálise



(1916-1917), contribuíram na tentativa de criação de uma cultura de emancipação das mulheres para a experimentação plena e sem receios do prazer.

Ocorre uma nova posição do papel feminino na sociedade, minimizando a objetificação dada à mulher nos primórdios históricos e tornando-a componente reconhecida de plenos direitos na sociedade (MENEGON; SILVA, 2015; COLLING, 2015).

A sexualidade “[...] é uma dimensão humana essencial, e deve ser entendida na totalidade dos seus sentidos como tema e área de conhecimento” (COSTA; OLIVEIRA 2011, p. 2), que o próprio ser humano traz em sua originalidade como pessoa e corpo, que continua sendo peça-chave nas teorias sobre a expressividade sexual e mecanismo de prazer.

O corpo é produto de uma construção cultural, social e histórica sobre o qual são conferidas diferentes marcas em diferentes tempos, espaços, conjunturas econômicas, grupos sociais, étnicos etc. Ou seja, não é algo dado *a priori*, nem mesmo é universal: é provisório, mutável e mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, bem como suas leis, seus códigos morais e sua linguagem, visto que ele é construído também a partir daquilo que dele se diz [...]. Educa-se o corpo na escola e fora dela: na religião, na mídia, na medicina, nas normas jurídicas, enfim, em todos os espaços de socialização nos quais circulamos cotidianamente (COLLING, 2015 apud GOELLNER, 2015, p.181).

Essa relação entre a necessidade da mulher ao prazer sexual e a sua repressão histórica, ainda são pautas urgentes no estudo sobre seu corpo e sua sexualidade, no empoderamento feminino e na demonstração do seu querer. Por isso, o impacto desse desvelamento é importante para compreender como os distúrbios sexuais podem afetar sua dinâmica social, psíquica, afetiva, já que “a sexualidade tem relevância legitimada pela Organização Mundial de Saúde, que a reconhece como um dos pilares da qualidade de vida” (LARA, 2009, p. 583) e imprescindível a sua condição de ser mulher.

### 3 DISFUNÇÃO SEXUAL: POR ONDE ANDA O DESEJO FEMININO?

#### 3.1 Fatores desencadeantes da disfunção sexual feminina

A Disfunção Sexual feminina é definida como distúrbio psicosssexual, que gira em torno do desejo sexual, com problemas inter-relacionados de excitação, orgasmo e dor sexual, intimamente imbricados à interferência na qualidade de vida (BUSTER, 2013). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, as disfunções sexuais são classificadas em: **dor genito-pélvica/distúrbio de penetração (dor sexual)** – dor na vulva, dor profunda com penetração ou contração da musculatura pélvica, **interesse sexual feminino/distúrbio da excitação (baixo desejo e baixa excitação)** – ausência ou redução de fantasias sexuais e desejo por atividade sexual que cause sofrimento/diminuição na lubrificação vaginal e uma diminuição no calor genital relacionado ao fluxo sanguíneo e **distúrbio orgásmico feminino (disfunção orgásmica)** – orgasmos atrasados ou ausentes (KRAKOWSKY; GROBER, 2018).

Do ponto de vista anatomofisiológico, a pelve é formada pelos ossos (**cóccix, sacro, ílio, ísquio e púbis**) que se conectam em articulações apoiadas por fortes ligamentos (LIPPERT, 2013). A região anatômica externa da vagina (também chamada de vulva), consiste de diversas porções (**monte de púbis, clitóris**) estrutura mais relacionada com o prazer sexual feminino, sendo altamente neurovascular e erétil, na qual sua glândula é a parte mais sobejamente innervada; **pequenos lábios, grandes lábios** e o **vestíbulo** e a **genitália interna** que consiste de vagina, útero, ovários e tubas uterinas (YAVAGAL et al, 2011).

Os componentes da musculatura estriada, conhecida como diafragma pélvico, constituem o apoio inferior da pelve, a saber: músculo elevador do ânus, músculo isquiococcígeo, músculo esfíncter externo da uretra, músculo transverso do períneo e da região anal, músculo esfíncter externo do ânus (MEMON; HANDA, 2013).

A irrigação sanguínea da região pélvica origina-se da artéria ilíaca, segmenta-se e dá origem às artérias menores, que irrigam a musculatura e os órgãos pélvicos. A innervação da porção pélvica origina-se das divisões do plexo sacral,

especificamente dos ramos de S2, S3 e S4 (eventualmente de S1 e S5), dos quais se formam o nervo pudendo (MORENO, 2009).

Sendo uma estrutura muscular bem estabelecida, o assoalho pélvico exerce papel significativo nas funções urológicas (micção e continência), ginecológicas (parto), anorretais (defecação e continência anal) e sexuais (sexualidade, relação sexual), além de manter os órgãos pélvicos na posição adequada.

Quando não há o funcionamento correto das estruturas, geram-se condições que podem ser leves ou até devastadoras como incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso de órgãos pélvicos e problemas sexuais (HALLOCK; HANDA, 2016; BO et al, 2016; MESSELINK et al, 2005).

A disfunção do assoalho pélvico, embora pareça simplório, é um processo intrincado que decorre de situações multifatoriais e secundárias, que incluem principalmente em **gravidez, idade, obesidade e menopausa** (NEELS et al, 2016; LAZARO; NARDOS; CAUGHEY, 2016; BOZKURT; YUMRU; SAHIN, 2014; HALSKI et al, 2014).

Segundo a OMS, a saúde sexual é elucidada como condição de bem-estar nos âmbitos físico, mental, emocional e social em relação à sexualidade, associada ao comportamento respeitoso da sexualidade e das relações sexuais, tornando as experiências deleitosas, seguras, livres de imposições, preconceitos e violência (CHOU et al, 2015).

Evidencia-se, com isso que, o conceito não se restringe à função física preservada dos genitais, além das experiências unicamente fisiológicas, que atinge patamar elevado de satisfação emocional e social relacionados ao sexo que impactam na qualidade de vida (THOMAS; THURSTON, 2016).

Para entender a função sexual, foram criados modelos explicativos desse processo, sendo que três deles são os mais discutidos na literatura científica – a construção teórica de Masters-Johnson, elaborada na década de 1960, que mostra que a resposta sexual progride de forma contínua da **excitação** ao **platô**, ao **orgasmo** e à **resolução**. Tal modelo idealizado para homens e mulheres envolve somente a resposta física dos genitais, porém, na década de 1970, Helen Singer Kaplan, psicóloga e terapeuta sexual, modificou-o pela necessidade da presença do desejo na resposta sexual e contendo três fases: **desejo, excitação e orgasmo** (ISHAK, 2017).

Nos anos 2000, Rosemary Basson, médica e terapeuta sexual, propôs um modelo circular alternativo de resposta sexual feminina, a partir de suas observações com pacientes que possuíam alguma disfunção sexual, tendo como enfoque os aspectos psicossociais durante a relação sexual. Afirma a médica, a importância do aspecto emocional na expressão da resposta sexual e que o estímulo inicial não é desencadeado somente fisicamente, mas com influência das necessidades e dos estímulos psicológicos e emocionais (BASSON, 2001).

Nesse modelo proposto tem-se o desejo espontâneo (relacionado aos sentimentos de intimidade com o parceiro), o estímulo sexual e a excitação (que podem ter consequências físicas como a lubrificação), a satisfação física e emocional que podem levar a maior intimidade emocional, que por sua vez pode resultar em maior receptividade e busca de estímulos sexuais (ISHAK, 2017; BASSON, 2001).

A procura pelo prazer sexual é fator fomentador na atividade sexual, sendo o orgasmo indicativo da presença desse prazer, além de ser prognosticador de satisfação e saúde sexuais. A atividade sexual promove interações entre o sistema nervoso, o sistema endócrino, o sistema vascular e outras estruturas que participam na excitação sexual, no intercurso e na satisfação; já a resposta sexual se manifesta por processos físicos e emocionais (subjetivos), que para algumas pessoas pode ser a sensação mais assustadora, para outros, a sensação mais agradável vivenciada (KONTULA; MIETTINEN, 2016; RAO; NAGARAJ, 2015).

### **3.2 Diagnóstico clínico e tratamento no combate à disfunção sexual feminina**

A mulher que apresenta Disfunção Sexual pode ter dificuldade em um relacionamento sexual como desejaria decorrente de alterações biológicas (diminuição da irrigação e inervação da região pélvica), interpessoais e intrapsíquicos como problemas sociais como estresse em relação à atividade sexual, à insatisfação com a relação e/ou com o parceiro, ao sentimento de culpa, arrependimento, constrangimento em relação ao exercício sexual, entre outros (SHARMA; KALRA, 2016). Quando essas alterações acontecem a ajuda profissional se faz necessária.

Grande parte das mulheres admite que o ginecologista representa um papel fundamental no diagnóstico e manejo das suas dificuldades sexuais e que outra parcela destas mulheres não busca ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamento subprofissionalizado (LARA et al, 2008, p.313).

O médico é um dos primeiros a ser notificado acerca das queixas sexuais de suas pacientes, que acontece geralmente em uma consulta de rotina ou quando o problema traz grande repercussão ao bem-estar da mulher. A conduta inicial, recomendada, deve ser uma conversa usando palavras e linguagem corporal que deixem a paciente à vontade para esclarecer as dificuldades e definir um diagnóstico, além de excluir outras patologias como distúrbios emocionais e psicossociais, como ansiedade e depressão, para em seguida direcioná-la ao tratamento adequado (BUSTER, 2013).

Para tratar a disfunção sexual, a intervenção fisioterapêutica deve ser uma escolha indispensável, porque tem papel relevante no desfecho da patologia sendo, provavelmente, a primeira indicação do ginecologista às suas pacientes. Se não houver uma resposta satisfatória, a paciente deve ser encaminhada à terapia medicamentosa e adjuvantes hormonais e/ou deve-se procurar ajuda extra de um psiquiatra, psicólogo ou terapeuta sexual (BUSTER, 2013).

Além da restauração do funcionamento sexual, o tratamento fisioterapêutico, também agrega progresso positivo na qualidade de vida sexual e afetiva, visto que:

As mudanças relatadas na função sexual incluíram aumento da conscientização, força e controle do assoalho pélvico; sensação de uma vagina “mais apertada”; melhor auto-confiança, libido e orgasmos (BRAEKEN et al, 2015, p.476).

O método fisioterapêutico trabalha a propriocepção do assoalho pélvico, por meio de terapias voltadas para essa região, a saber: orientações gerais sobre o assoalho pélvico, biofeedback (aparelhos, toque bidigital e incentivadores visuais), eletroestimulação e exercícios perineais que intervêm na melhoria da irrigação sanguínea, no fortalecimento da musculatura e na oferta de propriocepção, que juntos contribuem para a melhora da função sexual (FERREIRA et al, 2015; BO, 2012).

## **4PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 *Locus* da Pesquisa, Participantes e Produção e Organização dos Dados Empíricos**

O *locus* da pesquisa foi um espaço de atendimento médico e fisioterapêutico, eleito porque lá os pesquisadores estavam inseridos por conta de estágio extracurricular e onde ocorre atendimento fisioterapêutico com mulheres que apresentam disfunção sexual.

Enviamos à Direção da Clínica, o Termo de Aceite da Instituição, com destaque aos objetivos da pesquisa e com solicitação de uso dos prontuários para a triagem e a seleção das participantes, no qual tivemos autorização para o desenvolvimento dos dados empíricos.

Os critérios de seleção das participantes foram: mulheres, com vida sexual ativa declarada, com mais de dezoito (18) anos de idade, que passaram por tratamento para disfunção sexual, dispostas a falar sobre sua vida sexual e aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

Liberados para o trabalho de campo contatamos as participantes por meio das informações em seus prontuários. O primeiro contato foi via e-mail, em segundo plano, foi realizada a ligação por telefone fixo e em último caso, o contato por ligação via celular, no qual oito mulheres foram contatadas, no que tivemos o aceite de três mulheres. As outras cinco mulheres não seguiram na pesquisa devido as dificuldades geográfica e cronológica para o encontro conosco, além de demonstrarem em seus discursos, dificuldades em falar sobre sua vida sexual.

Para a coleta de dados empíricos optamos pela entrevista semiestruturada, com foco em um assunto descrito por meio de um roteiro com perguntas

previamente elaboradas, que poderiam ser complementadas por outras questões às circunstâncias na interlocução, caso necessárias (OLSEN, 2015).

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes, sendo a Clínica *locus* indicadas por elas. Nos dias agendados nos foram disponibilizados uma sala exclusiva, com climatização e iluminação confortáveis.

O roteiro de entrevista relativo ao objeto de estudo foi:

**1. Informações contextuais sobre a entrevista:**

Data:

Local de realização:

**2. Indicadores para identificar a entrevistada:**

Nome:

Idade:

Escolaridade:

**3. Questões relativas ao objeto de estudo:**

1. Quem a indicou para o tratamento com o Fisioterapeuta?

2. Você sentiu alguma dificuldade com a terapia proposta pelo Fisioterapeuta?

3. Como o tratamento com a Fisioterapia influenciou na qualidade da sua vida sexual?

4. Melhorar sua vida sexual fez você sentir-se melhor afetivamente?

As respostas foram gravadas em dois aparelhos celulares, posteriormente transcritas literalmente, sem correções de norma culta. A organização e a análise dos dados empíricos foram submetidas à técnica de Análise do Conteúdo, que:

É uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2013).

Inicialmente, fizemos a leitura flutuante, seguida da elaboração de um plano de pré-análise, que:

É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise BARDIN (2016, p. 125).

A partir de então, organizamos as informações com referência nos critérios de recorrências e de singularidades das falas. A seguir, a estruturação de cada etapa da técnica:

### PRÉ-ANÁLISE

**QUADRO I – Identificação das entrevistadas**

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>
Marte	22 anos	Ensino Superior completo
Vênus	18 anos	Ensino Médio completo
Saturno	25 anos	Ensino Médio completo

Fonte: Dados produzidos nas entrevistas com as pacientes.

**QUADRO II – Quem a indicou para o tratamento com o Fisioterapeuta?**

<b>NOME</b>	<b>RESPOSTA</b>	<b>UNIDADES</b>
Marte	minha ginecologista	[...] achava que era normal a dor [...] [...] [...] ela foi fazer o toque doeu muito [...]
Vênus	minha ginecologista	[...] eu pensava que eu tinha algum problema horrível
Saturno	minha ginecologista	

Fonte: Dados produzidos nas entrevistas com as pacientes.

**QUADRO III – Você sentiu alguma dificuldade com a terapia proposta pelo Fisioterapeuta?**

<b>NOME</b>	<b>RESPOSTA</b>	<b>UNIDADES</b>
Marte	fiquei com um pouco de vergonha	minha fisioterapeuta ela foi assim muito cuidadosa e muito tranquila ficava conversando durante a sessão pra eu não ficar desconfortável ficar sem ter a penetração durante todo o tratamento



Vênus	eu sentia a dor	ela sempre foi muito cuidadosa
Saturno	não, não senti	senti dificuldade em procurar, em chegar até o Fisioterapeuta

Fonte: Dados produzidos nas entrevistas com as pacientes.

#### QUADRO IV – Como o tratamento com a Fisioterapia influenciou na qualidade da sua vida sexual?

NOME	RESPOSTA	UNIDADES
Marte	muito, muito positivamente	melhorou muito minha vida sexual
Vênus	me senti mais segura	com menos vergonha [...] converso com meu namorado
Saturno	na mudança de pensamento no esclarecimento	

Fonte: Dados produzidos nas entrevistas com os professores.

#### QUADRO V – Melhorar sua vida sexual fez você sentir-se melhor afetivamente?

NOME	RESPOSTA	UNIDADES
Marte	Sim	assim, não querer que o meu marido fizesse carinho em mim
Vênus	Sim	pensa assim a as vezes 'ah minha vida sexual tá ruim'
Saturno	a gente se sente melhor	tem que ter uma compreensão muito grande tanto minha quanto dele e as vezes é difícil

Fonte: Dados produzidos nas entrevistas com os professores.

### TRATAMENTO DOS RESULTADOS E INTERPRETAÇÕES

#### QUADRO 1 - Quem a indicou para o tratamento com o Fisioterapeuta?

CATEGORIA INICIAL	CONTEÚDOS	EXCERTOS	CATEGORIA FINAL
disfunção sexual	indicação profissional inicial via médica	minha ginecologista minha ginecologista minha ginecologista	Diagnóstico clínico Disfunção sexual

**FONTE:** Pesquisa de Campo (2019).

**QUADRO 2 - Você sentiu alguma dificuldade com a terapia proposta pelo Fisioterapeuta?**

<b>CATEGORIA INICIAL</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>EXCERTOS</b>	<b>CATEGORIA FINAL</b>
terapia fisioterapêutica	vergonha dor trato profissional humanização abstinência sexual	fiquei com um pouco de vergonha eu sentia a dor não, não senti	Disfunção sexual Terapia fisioterapêutica

**FONTE:** Pesquisa de Campo (2019).

**QUADRO 3 - Como o tratamento com a Fisioterapia influenciou na qualidade da sua vida sexual?**

<b>CATEGORIA INICIAL</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>EXCERTOS</b>	<b>CATEGORIA FINAL</b>
terapia fisioterapêutica	Vida sexual satisfatória Diálogo com o parceiro Outra visão da doença	muito positivamente me senti mais segura na mudança de pensamento, no esclarecimento	Terapia fisioterapêutica Sexualidade

**FONTE:** Pesquisa de Campo (2019).

**QUADRO 4 - Melhorar sua vida sexual fez você sentir-se melhor afetivamente?**

<b>CATEGORIA INICIAL</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>EXCERTOS</b>	<b>CATEGORIA FINAL</b>
sexualidade	Afetividade Nem sempre a	sim sim	Sexualidade

	doença é compreendida pelo parceiro	a gente se sente melhor	
--	-------------------------------------	-------------------------	--

**FONTE:** Pesquisa de Campo (2019).

Esse cruzamento de inferências originaram as categorias e subcategorias a saber: 1) Disfunção sexual (patologia, diagnóstico clínico); 2) Terapia fisioterapêutica (abordagem do paciente, história de vida do paciente, protocolos); 3) Sexualidade (vida afetiva e vida sexual).

#### **4.2 Participantes da Pesquisa: Mulheres com disfunção Sexual**

As mulheres<sup>2</sup>, no perfil estabelecido, que aceitaram participar deste estudo são:

Marte, 22 anos, casada, possui Ensino Superior completo.

Vênus, 18 anos, solteira, possui Ensino Médio completo.

Saturno, 24 anos, está em uma relação estável, possui Ensino Médio completo.

---

<sup>2</sup> Os nomes são fictícios; houve um acordo prévio de que suas identidades seriam preservadas no trabalho final.

## 5 DISFUNÇÃO SEXUAL: O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

### 5.1 Fisioterapia e disfunção sexual: *“pensava que eu tinha algum problema horrível, que eu nunca ia ser curada”*

O medo do diagnóstico e a possibilidade de não cura pode afetar diretamente o emocional de mulheres, uma vez que a relação sexual é uma das manifestações da sua sexualidade, essencial à vida afetiva com o parceiro, como narra a depoente Marte:

Eu me casei em outubro, tive minha primeira relação. [...] logo no início eu achava que era normal a dor que, enfim, a primeira vez doía pra todo mundo, porque as minhas amigas falaram que a primeira vez doeria mesmo. Mas continuou doendo na lua de mel; depois continuou doendo [...].

Outra situação exposta foi sua condição de virgindade na lua de mel, o que incide em mais uma situação agravante, pois foram duas ocorrências: sua primeira relação sexual e a sensação de extrema dor que perdurou pós essa experiência.

O fato de não saber que possuía a disfunção sexual e não ter mantido relações sexuais anteriores ao casamento, pode ter provocado em Marte, nível de ansiedade e nervosismo por conta da informação prévia, de que a primeira relação sexual dói, tem maior desconforto.

Depois, ao perceber que não se tratava de uma condição normal, a dor persistente no ato sexual, Marte procura ajuda médica conforme explicita: “[...] ela na verdade fez os exames e quando ela foi fazer o toque doeu muito; [...] fez o toque

com um dedo e doeu muito. E, aí, ela me disse: – olha eu vou te encaminhar pra Fisioterapia.

Esse exemplo é o que geralmente acontece, a busca pelo Fisioterapeuta, nesses casos, se dá por via médica por ser o profissional de primeiro contato pela paciente com esse problema. Tal indicação também foi dirigida para outras depoentes, por meio de suas ginecologistas, conforme descrevem:

Foi a minha ginecologista [...] eu pensava que eu tinha algum problema horrível, que eu nunca ia ser curada (VÊNUS).  
[...] a ginecologista [...] que me diagnosticou e pediu que eu procurasse o fisioterapeuta pélvico, porque poderia me ajudar melhor, que já não seria da área dela (SATURNO).

Atitude adequada das médicas, já que o Fisioterapeuta é o profissional mais qualificado para o tratamento dessa patologia, sendo a fisioterapia pélvica a intervenção preferencial, tendo seus benefícios bem estabelecidos ao adotar protocolos adequados para tal fim (PAULS et al, 2014; BRÆKKEN, et al, 2015), como também na literatura científica da área (FERREIRA et al, 2015).

Dos tratamentos viáveis para as disfunções sexuais, são as estratégias dos protocolos de Fisioterapia, com segurança e compatibilidade com outros métodos, com poucos efeitos colaterais e contraindicações. Dentre eles, estão os treinos de percepção corporal e de regularização do tônus dos músculos do assoalho pélvico, por meio de terapêuticas comportamentais e educação sexual, exercícios ativos orientados e eletroterapia, no qual contribuem na ativação ou relaxamento muscular, além de propriocepção das pacientes quanto às musculaturas presentes no diafragma pélvico (VIANA et al, 2012).

Outra conduta imprescindível, é o fisioterapeuta responsável pela paciente, avaliar as disfunções e, assim, esclarecê-la com informações para que tome ciência do que, de fato, acontece consigo. É comum, pacientes aderirem às redes sociais até mesmo antes da busca por ajuda profissional, para compreenderem o que acontece com elas; o que é um risco, uma vez que podem acessar informações equivocadas sobre o problema que as acometem como relatado por Helena: “Eu já tinha também pesquisado na internet e aí falava sobre isso também. [...] pensei: – é, deve ser algo assim, né!?”.

Enfim, orientação adequada e aceitação é o ponto de partida no tratamento pela paciente. Conhecer a anatomia da região genital, perceber as possibilidades do próprio corpo (consciência corporal e confiança), resgate da imagem corporal e diminuição da ansiedade, são orientações vitais para aprender a driblar as dificuldades impostas pela sua condição de tratamento.

Após essa etapa, criar outro padrão de comportamento em relação à higiene genital, é outra condução profissional e exigência à paciente destacada na Agenda da Mulher, produzida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), com noções básicas para a prevenção de doenças, promoção da saúde e colaboração para a melhoria da qualidade de vida das mulheres brasileiras, tendo seu enfoque na higiene íntima.

Tal região – genital – necessita de cuidados diários e específicos; pode acumular diferentes secreções, sofrer alterações de pH e ser submetida às agressões como fricção e oclusão pelo uso de roupas e absorventes. Importante que, a pele da região se mantenha íntegra para desempenhar seu papel de defesa. As mulheres, então, precisam ser orientadas quanto aos seguintes cuidados: uso adequado de roupas íntimas, higienização durante o banho e após o ato sexual (uso do sabonete íntimo, verificação do pH dos produtos, etc) e o uso de métodos contraceptivos na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis como o diafragma, o DIU e os preservativos (SCHALKA et al, 2013).

Outros métodos de tratamento nesse processo fisioterapêutico, é por meio da utilização de dilatadores, banhos e óleo vaginal para relaxamento da musculatura, minimizando as queixas álgicas e melhorando o conforto durante o ato sexual (MENDONÇA; AMARAL, 2011), assim como os exercícios do assoalho pélvico são essenciais na ativação, percepção e fortalecimento da musculatura presente na região, para viabilizar o ato sexual.

## **5.2 Tratamento fisioterapêutico: “às vezes dói um pouco, mas ela sempre foi muito cuidadosa”**

Para a eficiência de um tratamento clínico, o acolhimento faz parte da dimensão da humanização, conduta crucial por parte do profissional que o conduz – perceber quem é a paciente, suas singularidades, ouvir atentamente suas queixas e como o problema impacta na sua vida pessoal e aceita ou não a enfermidade que a atinge.

[...] o instrumento da conversa como humanizador das mais diversas atuações da prática da saúde, onde ambivalências, dúvidas e medos possam ser acolhidos num contexto que se estenda para além das margens da objetividade, das regularidades e das disciplinas (MAIA, 2009, p.300).

Eis, portanto, a primeira marcha na direção da subjetividade alheia, necessária ao Fisioterapeuta, já que “o atendimento humanizado traz melhores condições de recuperação para os usuários, devendo a fisioterapia tornar-se atuante desta prática” (SILVA; SILVEIRA, 2011, p.1538). O diálogo é necessário em todo o percurso do tratamento como afirma Marte: “[...] minha fisioterapeuta foi muito cuidadosa e muito tranquila. Fez o máximo pra eu relaxar; ficava conversando durante a sessão pra eu não ficar desconfortável”.

Porque o tratamento fisioterapêutico pode, dependendo do que for proposto, provocar dor na utilização de determinados aparelhos e/ou toques, em uma região sensível como também observa Vênus:

Eu sentia a dor [...] então, quando ela faz os procedimentos de tocar [...] às vezes, dói um pouco, mas ela sempre foi muito cuidadosa [...] isso é muito importante [...] faz com que não seja algo desesperador [...] eu sempre converso com ela, eu já conheço ela, então é bem mais tranquilo assim.

Apesar da dor, os depoimentos reforçam que o cuidado humanizado do profissional torna-se o diferencial no tratamento, afinal o paciente não é apenas um corpo e uma patologia, mas alguém que sente, que reage às sensações.

Não se pode pensar em fisioterapia sem envolvimento, sem diálogos, sem trocas de conhecimento, sem formação de vínculo, uma vez que o fisioterapeuta é um dos trabalhadores que tem como principal instrumento as mãos e utiliza o toque no corpo do outro da forma mais incisiva possível (SILVA; SILVEIRA, 2011, p.1537).

O tato, no trabalho do Fisioterapeuta tem estatuto superior, por ser um dos sentidos mais utilizados nas terapias para o trato da disfunção sexual, “é a via de acesso ao corpo vivido” (ORTEGA, 2008, p.65).

O corpo feminino, a sexualidade feminina, são percepções tabus ainda em nossa sociedade, então o Fisioterapeuta precisa com habilidade, conquistar a confiança da paciente, porque a chegada até um espaço de tratamento nem sempre

é imediata, como declarado por Saturno: “eu senti dificuldade em procurar, em chegar até o Fisioterapeuta [...] eu nunca tive acesso antes [...] não sabia o que era, não conhecia”.

Outro empecilho no tratamento da mulher acometida pela disfunção sexual é o seu alto custo e pouca oferta pelos planos de saúde. “[...] eu vi que o acesso era muito difícil. Por exemplo, esse daqui é um dos poucos que eu achei que atende ao plano de saúde [...], a maioria era particular e de preço muito inacessível pra mim”, relata Saturno.

Além da escassez de Fisioterapeutas na rede pública de saúde, o que é um problema para as mulheres que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). E, quando não acessa o circuito da informação correta, corre o risco de achar que seu caso não tem solução, como registrou Vênus:

Eu, realmente nem imaginava, que tinha todo um tratamento pra isso. [...] outras pessoas conhecerem e saberem que o problema delas, não é nada assim de outro mundo e que é possível resolver.

### **5.3 Vida sexual e afetividade: “*não querer que o meu marido fizesse carinho em mim porque eu pensava que ia levar uma coisa à outra*”**

O sexo nem sempre está envolto de uma afetividade intensa, mas no caso de uma mulher casada, isso assume outra conotação, como expõe Marte:

Mas quando eu sabia que ele queria o sexo e eu lembrava da dor, aí eu já ficava um pouco arredia com ele. Às vezes, até falava: – meu amor, não tô afim! Hoje não! [...] tenho que ir ao médico ver o que é isso porque tá doendo muito.

Imaginemos que, conduzir um diálogo com esse teor com o parceiro e ser compreendida, talvez não seja uma situação tão simples. “As doenças pertencem à natureza [...] (TURNER, 2014)”, mas a maneira como é vista é da dimensão cultural, do entorno em que a paciente está inserida.

[...] não querer que o meu marido fizesse carinho em mim, porque eu pensava que ia levar uma coisa à outra [...] é quando eu sabia que ele tava afim [...]. Ele já vinha com um beijo mais demorado, passando a mão aqui, ali; eu já ficava meio arredia porque eu sabia o que ia gerar. [...] carinho, essas coisas mais normais [...], que não incitam ao sexo em si, eu não evitava, até porque [...] isso é normal.



Meu deus!!!! Se eu ficasse arredia com ele por causa disso, seria horrível (MARTE).

Sendo a afetividade “[...]uma das principais dimensões que caracterizam um relacionamento amoroso em termos da conjugalidade” (SCORSOLINI-COMIN, 2012, p.332), sua presença torna-se fundamental para sua harmonização no mesmo ambiente, o que nas relações sexuais são importantes para a efetivação do ato. Contudo, pessoas com disfunção sexual sofrem diretamente quando o assunto é o quanto a doença coloca até, em dúvida, aos sentimentos dispensados ao companheiro como relata Saturno:

[...] eu fui diagnosticada [...] no início de 2018 [...], eu tinha procurado uma ginecologista e eu expliquei toda a situação pra ela [...] e ela disse: – mas você gosta do seu parceiro? Isso me gerou até uma dúvida, aí eu ficava assim: – eu acho que eu gosto. Ela: – não, mas tu acha? Eu digo: – não, desse jeito nem sei se eu gosto da criatura ou não [...]. Ela pegou e disse: – olha, eu vou te sugerir trocar de parceiro [...].

A atitude profissional não foi, nos parece, nenhum pouco ética. Claro que a doença possui um contorno emocional que a envolve por conta da pessoa (dúvidas, angústias, dores, rejeição), mas daí a médica intervir na vida amorosa da paciente extrapola conduta aceitável a um profissional. Tanto que, Saturno busca a solução do problema e não criar outros, como bem afirma: “Eu nem falei isso pra ele, porque a decepção já era minha e falar isso pra criatura, a decepção ia ser pior ainda. Eu disse: – Ah, tá bem; é fácil chegar ali na esquina e dizer: – ei, vem cá!?”

Desde o momento da explicação de suas disfunções, as pacientes puderam entender e refletir a respeito das afinidades com seus parceiros ao longo das sessões, no qual os reaproximou como casal:

[...] ele também não tinha conhecimento, depois que eu conversei com ele, aí ele passou a estudar e procurou conhecer [...] a gente se encaixou muito [...] nos depoimentos, nas coisas que a gente leu [...] é real mesmo, acontece (SATURNO).

A condição da paciente assume outro status quando encontra no parceiro o apoio necessário. Pode tornar ameno o tempo, às vezes não tão curto, do seu tratamento. Afinal, reiniciar o conhecimento de suas intimidades, a afinidade e a realização de atividades prazerosas entre o casal são importantes para a qualidade

de vida a dois, podendo alcançar as relações e perdurar por cada fase da resposta sexual, respeitando as limitações não somente da parceira com dificuldades, mas as suas próprias, no caso do companheiro (BECK et al, 1997).

Exercer de forma plena a sexualidade – inclusa a atividade sexual – é uma necessidade do casal e não apenas da mulher, o que reforça a necessidade da receptividade entre ambos (HOLANDA, 2014) e da disponibilidade para aceitar temporariamente os limites que um dos dois possa ter por questões fisiológicas.

#### **5.4 Qualidade da vida sexual após o tratamento fisioterapêutico: *eu me sinto muito melhor, muito segura, com menos vergonha com meu namorado***

A terapia proposta pelo Fisioterapeuta com mulheres com disfunção sexual é visivelmente influente na sua vida sexual que seria, entre outros aspectos, a sensação de bem-estar com a sua sexualidade (WHOQOL, 1995) como pontua Marte após o início de seu tratamento:

Nossa, muito, muito positivamente. Eu lembro na última sessão que a minha Fisioterapeuta me liberou pra tentar: – [...] vai, tenta, me diz o que tu achaste [...]. Vou te dar o meu telefone e aí qualquer coisa tu me avisas. Falei: – tá bom. Encontrei com ela, falei: [...] – desculpa [...], eu nunca te mandei mensagem porque, realmente, o tratamento foi ótimo.

A experiência de Marte exemplifica como ocorre a evolução terapêutica positiva nas pacientes, na qual pode dissipar alguns receios durante a relação sexual: desconforto, não compreensão da parceria sexual sobre o que sente nesse momento e vergonha de má performance e/ou da insatisfação de ambos em não alcançar as fases da resposta sexual até o orgasmo, como é comum nesses casos. A narrativa de Vênus reafirma isso: “[...] sempre quando ia começar alguma coisa eu falava: – é agora! Eu vou sentir dor, vai ser horrível; eu [...] já chorei assim na situação; muito constrangedor, ruim”.

Contudo, a própria Vênus dá outro depoimento de positividade do tratamento a que foi submetida: “[...] ajudou bastante, [...] eu me senti mais segura [...], ainda mais [...] com o problema [...] de sentir dor [...], eu não sabia o que era, eu não conhecia direito, então eu achava que ia ficar pra sempre assim”. Essa preocupação, de uma condição eterna do seu problema, resvala no emocional, na sua percepção de ser mulher.

[...] as doenças podem ser definidas por critérios biológicos neutros, a enfermidade é essencialmente social, uma vez que se refere a desvios indesejáveis em relação às normas sociais aceitas de saúde e conduta apropriada (TURNER, 2014, p. 275).

No caso da mulher, a normativa aceitável é ter condição fisiológica para dar prazer e procriar; quando essas projeções culturais ficam sob ameaça de não acontecerem, fica difícil a paciente não se culpabilizar por tal condição. “[...] depois de um ano eu tive o diagnóstico, já mais esclarecido com uma outra ginecologista, [...] aí já foi uma luz pra mim [...] eu sou normal” (SATURNO).

Fica evidente nesse depoimento a angústia em não ser uma mulher normal. A paciente ao procurar tratamento não é só a doença a ser atingida, mas todas as possíveis consequências atreladas à ela – baixo autoestima, baixa positividade na vida afetiva, vínculo social comprometido, entre outras.

Quando o Fisioterapeuta, para além da competência técnica, lança também um olhar mais humano sobre a paciente, seu emocional é assistido, pode ter disposição maior para se dedicar ao tratamento e não abandoná-lo.

O abandono da fisioterapia aparece ligado a quatro fatores: dificuldades financeiras; necessidade de voltar ao trabalho; falta de interesse e desvalorização do tratamento; insatisfação com as técnicas fisioterapêuticas e com o relacionamento com o fisioterapeuta (SUBTIL et al, 2011, p.748).

Dentre esses fatores, o que mais pode contribuir para a não permanência do paciente no tratamento, sem dúvida nenhuma, é o relacionamento com o Fisioterapeuta.

[...] saber escutar e compreender o paciente em estado de sofrimento, oferecendo atenção e cuidado em forma de afeto (amor, respeito, solidariedade/apoio, carinho, atenção, escuta) e de contato físico (terapia manual). A atuação fisioterapêutica não deve permanecer restrita à execução de técnicas e à aplicação de aparelhos, mas deve construir uma abordagem que integre as competências profissionais e as habilidades para lidar com o outro de forma abrangente (SUBTIL et al, 2011, p.749).

Nenhum paciente se apresenta exclusivamente para o tratamento na perspectiva de que dele precisa somente melhorar. Ele, necessita do estabelecimento de vínculo, atribuir confiança no profissional, para que não desista

na primeira barreira que encontre: dor, pouca empatia com o Fisioterapeuta, desânimo, esforço redobrado, entre outras.

A paciente é um ser das emoções e, quando chega a um espaço fisioterapêutico, pode expor vulnerabilidades, afinal “a condição corporal do homem o faz imergir num banho sensorial ininterrupto. Em princípio, ele jamais cessa de ver, de escutar, de tocar, de sentir o mundo que o entorna (LE BRETON, 2019, p.270). Desenvolver essa sensibilidade, o profissional terá que dispor de maturidade, porque a doença imprime outra maneira de ser no mundo. Por exemplo, uma mulher com dor em uma relação sexual, registra no corpo uma intimidade que em nada lhe traz prazer, nem marcas afetivas que valham a pena lembrar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar como a Fisioterapia influencia na qualidade da vida sexual/afetiva feminina. Na busca de melhor descrevê-lo, foi possível concluir que, a maioria das participantes sujeitos trazem a certeza de que a fisioterapia pélvica mudou, positivamente, suas vidas sexual e afetiva.

Aspecto importante para o entendimento que uma doença, como a disfunção sexual, não é limite para viver o que deseja em uma vida a dois. Embora cada corpo perceba a dor e assimile experiências a seu modo, que nem sempre são registros afáveis às lembranças como registraram as entrevistadas – medo do que não sabe o que lhe acomete, receio de falar com o parceiro, temor da não cura, ter empatia com os profissionais, preconceitos circulantes, entre outros.

Na condição feminina, ainda socialmente vista como a procriadora e na obrigação de dar prazer ao homem, ter uma doença que possa comprometer essas demandas, pode ser um abalo na autoestima das mulheres com disfunção sexual. Baixa autoestima pode desencadear, por longa temporada, o sentimento de incapacidade em uma pessoa, por se julgar aquém de oferecer e receber afetividade em um relacionamento.

Mas este estudo constata que a fisioterapia pélvica foi uma alternativa para as mulheres entrevistadas. Aprenderam a lidar com sua condição e a não temer mais o desafio frequente em lidar com a doença. Um aspecto relevante identificado nesse contexto foi a orientação profissional adequada e eficiente.

Ser um profissional da Fisioterapia, para atuar com esse perfil de paciente, necessita de uma acolhida e escuta sensível da paciente, empatia necessária para que o vínculo seja estabelecido e, assim, a garantia de permanência no tratamento indicado. Assim o é, o tratamento humanizado, tanto propalado nas políticas de saúde.

Afinal, a paciente tem uma história de vida, que precisa ser considerada pelo profissional que a atende durante um tratamento. Não é a doença o foco, mas a pessoa adoecida.

Ainda importa sublinhar que, partilhar da história das três mulheres, depoentes, nos irriga na significação do que é sermos fisioterapeuta, da relevância da conduta humanizadora, ética, sensível ao outro.

A conduta humanística do fisioterapeuta vai além de um protocolo para combater uma determinada patologia; impacta na integridade do paciente – social, afetivo, sexual... Lição cara e necessária para atuar na promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ACELE E. O.; KARAÇAM, Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*. Turkey, v. 21, n. 1, p. 929-937, 2012.

ALAMBERT, Z. **A mulher na história, a história da mulher**. 1 ed. Campinas/SP: Abaré, 2004.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A.; DEROGATIS, L.; FERGUSON, D.; FOURCROY, J. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Canadá, v. 27. n. 1, p. 83-94, 2001.

BASSON, R. Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Canadá, v. 27. n. 1, p. 33-43, 2001.

Batista NMTL, Oliveira AN, Nunes EFC, Latorre GFS. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 10-15, 2017.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão*. 1 ed, Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERMAN, L; BERMAN, J.; FELDER, S.; POLLETS, D.; CHHABRA, S.; MILES, M.; POWELL, J. A. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and sterility*. California, v. 79, N. 3, p. 572-576 2003.

BØ, K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World Journal of Urology*. Oslo, v. 30, n. 1, p. 437-443, 2012.

BØ, K; FRAWLEY, H. C.; HAYLEN, B. T.; ABRAMOV, Y.; ALMEIDA, F. G.; BERGHMANS, B.; BORTOLINI, M.; DUMOULIN, C.; GOMES, M.; MCCLURG, D.; MEIJLINK, J.; SHELLY, E.; TRABUCO, E.; WALKER, C.; WELLS, A. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological

management of female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*. Minnesota, v. 198, n. 3, p. 488-492, 2016.

BOZKURT, M.; YUMRU, A.; SAHIM L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. Turkey, v. 53, n. 1, p. 452-458, 2014.

BUSTER, J E. Managing female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*. Rhodel Island, v. 100, n. 4, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2006.

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

CAVALCANTI, M. Guidelines for qualitative research in organization studies: controversy and possibilities. *Administração: ensino e pesquisa*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 457-488, 2017.

CHOU, D.; COTTLER, S.; KHOSLA, R.; REED, G. M.; SAY, L. Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond. *Reproductive Health Matters*. Geneva, v.23, n. 46, p. 185-192, 2015.

COLLING, A. M. A construção histórica do corpo feminino. *Caderno Espaço Feminino*. Uberlândia-MG, v. 28, n. 2, p. 180-200, 2015.

COSTA, E.R. OLIVEIRA, K. E. A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. *Revista eletrônica do curso de pedagogia do campus de Jataí – UFG, Goiás*, v. 2, n 11, p. 1-17, 2011.

ETIENNE, M. A.; WAITMAN, M. C. Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. 1 ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

FERREIRA, C.; DWYER, P. L.; DAVIDSON, M.; SOUZA, A.; UGARTE, J.; FRAWLEY, H. C. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *International Urogynecology Journal*. Austrália, v. 26, n. 12, p. 1735-1750, 2015.



GARCIA, O.R.Z; LISBOA, L.C.S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-16, 2012.

GEVEHR, D. L.; SOUZA, V. L. As mulheres e a Igreja na Idade Média: misoginia, demonização e caça às bruxas. *Revista Acadêmica Licenciaturas*. Ivoti, v.2, n.1, p. 113-121, 2014.

HALLOCK, J. L.; HANDA, V. L. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Baltimore, v. 43, n. 1, p. 1-13, 2016.

HALSKI, T.; SBUPSKA, L.; DYMAREK, R.  
Evaluation of Bioelectrical Activity of Pelvic Floor Muscles and Synergistic Muscles Depending on Orientation of Pelvis in Menopausal Women with Symptoms of Stress Urinary Incontinence: A Preliminary Observational Study.  
*BioMed Research International*. Poland, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2014.

HOLANDA, J. B.; ABUCHAIM, E. S. V.; COCA, K. P.; ABRÃO, A. C. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period, *Acta Paul Enferm. São Paulo*, v. 27, n.6, p. 573-8, 2014.

ISHAK, W. **The Text book of Clinical Sexual Medicine**. Los Angeles: Springer, 2017.

KONTULA, O.; MIETTINEN, A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*. Northwestern, v. 6, n.1, p. 1-21, 2016.

KRAKOWSKY, Y.; GROBER, E. D. A practical guide to female sexual dysfunction: a evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urological Association Journal*. Canadá, v. 23, n. 1, p. 1-13, 2018.

LARA, L. A. S. Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. São Paulo, v. 31, n. 12, p. 583-585, 2009.

LAZARO, S.; NARDOS, R.; CAUGHEY, A. B. Obesity and Pelvic Floor Dysfunction: Battling the Bulge. *Obstetrical and gynecological survey*. Portland, v.71, n. 2, p. 114-125, 2016.

LE BRETON, D. **Antropologia das Emoções**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2019.

LEEMAN, L. M; ROGERS, R. G. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics&Gynecology*. México, v. 119, n. 3, p. 647-55, 2012.

LIENEMANN, A; BRENNER, E.; FRITSCH, H.; LUDWIKOWSKI, B. *ClinicalAnatomyofthePelvicFloor*. 3 ed, Minesota: Spring, 2004.

LIPPERT, L. S. **Cinesiologia clínica e anatomia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2012.

LUCENA, B. B. Fatores cognitivos na função sexual: adaptação transcultural e estudo psicométrico de instrumentos de medida em sexualidade. 2018. Tese (Doutorado em ciências) – Faculdade de medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

MACEDO, J. R. **A mulher na Idade Média**. 5 ed. São Paulo: Contexto, 2002.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. São Paulo: Didática, v. 26/27, 1991.

MEMON, H. U.; HANDA V. L. Vaginal childbirthandpelvicfloordisorders. *Womens Health (LondEngl)*. Inglaterra, v. 9, n.3, p. 265-277, 2013.

MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas - Revisão de literatura. *Femina*. São Paulo, v. 39, n. 3, p. 139 - 142, 2011.

MENEGON, C. SILVA, E. W. A sexualidade feminina e a psicanálise: rompendo as amarras da moral sexual cristã e do sexo como reprodução. *Gênero & Direito*. São Paulo, v. 4, n. 3, p. 122-139, 2015.

MESSELINK, B. ; BENSON, T. ; BERGHMANS, B. ; BØ, K. ; CORCOS, J. ; FOWLER, C. ; LAYCOCK, J. ; LIM, P. H.; VAN LUNSEN, R.; LYCKLAMA Á NIJEHOLT, G.; PEMBERTON, J.; WANG, A.; WATIER, A.; VAN KERREBROECK,

P. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn.* v. 24, n. 4, p. 374-380, 2015.

MINAYO, M. C. L. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, E. Análise de Conteúdo. *Revista Educação*. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

MURIBECA, M. M. M. Das origens da sexualidade feminina ao feminino nas origens da psicosexualidade humana. *Estud. psicanal.* Porto Alegre, n. 33, p. 101-108, 2010.

NEELS, H.; WYNDAELE, J.; TJALMA, W. A.; WACHTER, S. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *J. Phys. Ther. Sci.* v. 28, n. 5, p. 1524–1533, 2016.

NETO, E. M. G. Educação feminina, prazer e poder em Atenas (séculos VI-IV a.c.). *Phônix*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 51-81, 2011.

OLSEN, W. **Coleta de Dados: Debates e métodos fundamentais em pesquisa social**. 1 ed., Porto Alegre: Penso, 2015.

ORTEGA, F. **O Corpo Incerto: corporeidade, tecnológicas médicas e cultura ontem contemporânea**. 1 ed., Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2008.

RAO T. S., NAGARA, J. A. M. Femalesexuality. *Indian J Psychiatry*. India, v. 57, n. 2, p. 296-302, 2015.

RETT, M. T.; SIMÕES, J. A, HERMANN, V.; GURGEL, M. S. C.; MORAIS, S. S. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* São Paulo, v. 29, n. 3, p. 134-140, 2007.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. 1 ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, M. A. C. SALLES, V. L. R. O corpo em transe: a Moral sexual sobre o corpo Feminino no Brasil no final do século XIX e início do XX. Revista Estação Literária. Goiás, v. 13, p. 120-132, 2015.

SCHALKA, S.; BOMBARDA, P. C. P.; DA SILVA, S. L.; BUENO, P. T. B. Avaliação comparativa de segurança e eficácia na redução de odores e melhora da hidratação genital para produtos de higiene íntima. Revista Expressão Católica Saúde. v. 2, n. 2, p. 40-44, 2013.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. M. Expressão do afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. Estudos de Psicologia, v. 17, n. 2, p. 321-328, 2012.

SHARMA, J. B., KALRA, B. Female sexual dysfunction: Assessment. J Pak Med Assoc., v. 66, n. 5, p. 623-626, 2016.

SHIFREN, J. L.; MONZ, B. U.; RUSSO, P. A.; Anthony SEGRETI, A.; JOHANNES, C. B. Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. Obstetrics&Gynecology. v. 112, n. 5, p. 970-978, 2008.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA D. A.; HERNÁNDEZ J. G.; SILVA JÚNIOR A. L.; UZIEL A. P. Feminilidades: corpos e sexualidades em debate. 1 ed. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2013.

SILVA, A. H. FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. Qualit@s, v.17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SUBTIL, M. M. L.; GOES, D. C.; GOMES, T. C.; SOUZA, M. L. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. Fisioter. Mov., São Paulo, v. 24, n. 4, p. 745-753, 2011.

TEDESCHI, L. A. **As mulheres e a história**: uma introdução teórico metodológica. 1 ed. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2012.

THOMAS, H. N.; THURSTON, R. C. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. Maturitas, v. 87, n. 1, p. 49-60, 2016.

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

VIANA, S. B. P.; VOLKMER, C.; KLEIN, J. A.; PINCEGHER, D. Incontinência Urinária e Sexualidade no cotidiano de mulheres em tratamento fisioterápico: uma abordagem qualitativa. *Health & Social Change*, v. 3, n. 4, p. 62-70, 2012.

WEST S. L., VINIKOOR L. C., ZOLNOUN D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res.*, v. 15, p. 40-172, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification of Mental Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO; 2000.

WHOQOL. The Whoqol Group. *The World Health Organization Quality of Life assessment: position paper from the World Health Organization*. *Soc. Sci. Med.*; v. 4, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YAVAGAL, S.; FARIAS, T. F.; MEDINA, C. A; TAKACS, P. Normal Vulvovaginal, Perineal, and Pelvic Anatomy with Reconstructive Considerations. *Seminars in Plastic Surgery*, v. 25, n. 2, p. 121-129, 2011.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto:

Os pesquisadores, do presente Projeto, comprometem-se a manter sigilo dos dados coletados em prontuários e bases de dados, referentes aos pacientes atendidos no (na) \_\_\_\_\_

e a usar tais informações, única e exclusivamente para fins científicos, preservando integralmente, o anonimato dos pacientes, cientes: 1. dos itens III.3i e III.3t, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12, do CNS – Conselho Nacional de Saúde que substitui a 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), os quais dizem, respectivamente – "prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização, com garantia da não utilização das informações, em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro", e – "utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo", bem como 2. da Diretriz 12, das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos – (CIOMS/93), que afirma – "O pesquisador deve estabelecer salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os indivíduos participantes devem ser informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade".

Contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66.075-110 - Belém-Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: [cepccs@ufpa.br](mailto:cepccs@ufpa.br)

Pesquisadores: [Caroll.peniche97@gmail.com](mailto:Caroll.peniche97@gmail.com); [rookmaaker00@gmail.com](mailto:rookmaaker00@gmail.com)

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Autores do Projeto: \_\_\_\_\_

---

Assinatura da Participante

## **APÊNCIDE 2 –Roteiro da entrevista**

### **I.Informações contextuais sobre a entrevista:**

Data:

Local de realização:

### **II.Indicadores para identificar a entrevistada:**

Nome:

Idade:

Escolaridade:

### **III. Questões relativas ao objeto de estudo:**

1. Quem a indicou para o tratamento com o Fisioterapeuta?
2. Você sentiu alguma dificuldade com a terapia proposta pelo Fisioterapeuta?
3. Como o tratamento com a fisioterapia influenciou na qualidade da sua vida sexual?
4. Melhorar sua vida sexual fez você sentir-se melhor afetivamente?