

TRANSTORNOS DE DOR GÊNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA DE ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR EM SERVIÇO PÚBLICO

Tatiane Gomes de Araujo¹, Sandra Cristina Poerner Scalco²

GENIT-PELVIC/PENETRATION PAIN DISORDERS: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH
EXPERIENCE IN PUBLIC SERVICE

TRASTORNOS DE DOLOR GENÉTICO-PÉLVICO/PENETRACIÓN: UNA EXPERIENCIA
DE ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO EN EL SERVICIO PÚBLICO

Resumo: Este estudo relata a implantação de uma abordagem interdisciplinar oferecida nas Disfunções Sexuais Femininas (DSF) para as pacientes com queixas de dor gênito-pélvica/penetração. Trata-se de um ambulatório especializado para atendimento em saúde sexual, em um hospital público, localizado na região Sul do Brasil. As pacientes são atendidas através de consultas-conjuntas, as quais reúnem no mesmo cenário ginecologista especialista em saúde sexual e fisioterapeuta pélvica, junto à paciente, com o intuito de aperfeiçoar a assistência. O objetivo é compartilhar a experiência das autoras na condução dessa abordagem dos Transtornos de Dor Gênito-Pélvica/Penetração (TDGPP), buscando demonstrar que é possível atender as pacientes com queixa de dor na relação sexual em um ambulatório público pelo Sistema Único de Saúde (SUS), alinhando estratégias de tratamento, de forma interdisciplinar.

Palavras-chave: Dor gênito-pélvica. Tratamento interdisciplinar. Saúde pública.

Abstract: This study addresses the implementation of an interdisciplinary approach offered in Female Sexual Dysfunctions (FSD) for patients with genital-pelvic/penetration pain complaints. It is a specialized outpatient clinic for sexual health care, in a public hospital located in southern Brazil. The patients are assisted through joint consultations, which bring together in the same scenario a gynecologist specialized in sexual health and a pelvic physiotherapist, together with the patient in order to improve care. The objective is to share the authors' experience in conducting this approach of Genito-Pelvic/Penetration Pain Disorders (GPPPD), seeking to demonstrate that it is possible to treat patients with pain in sexual intercourse in a public outpatient clinic by the Unified Health System, aligning strategies of interdisciplinary treatment.

Keywords: Genito-pelvic pain. Interdisciplinary treatment. Public health.

Resumen: Este estudio aborda la implementación de un enfoque interdisciplinario ofrecido en Disfunciones Sexuales Femeninas (DSF) para pacientes con quejas de dolor genital-pélvica/ penetración. Es una clínica ambulatoria especializada para la atención de la salud sexual, en un hospital público ubicado en el sur de Brasil. Los pacientes reciben asistencia mediante consultas conjuntas, que reúnen en el mismo escenario a un ginecólogo especializado en salud sexual y un fisioterapeuta pélvico, junto con el paciente para mejorar la atención. El objetivo es compartir la experiencia de los autores al llevar a cabo este enfoque de los Trastornos/Penetración Del Dolor Genitopélvico (TPDGP), buscando demostrar que es posible tratar a pacientes con dolor en las relaciones sexuales en una clínica ambulatoria pública por parte del Sistema Único de Salud, alineando estrategias de tratamiento interdisciplinario.

Palabras clave: Dolor genitopélvico. Tratamiento interdisciplinario. Salud pública.

¹ Doutora em Medicina - Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Fisioterapeuta do Serviço de Atenção Integral à Saúde Sexual (SAISS) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). E-mail: tatinhaga@yahoo.com.br

² Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Coordenadora do Serviço Atenção Integral à Saúde Sexual (SAISS) – HMIPV 2. E-mail: sandrascalco@yahoo.com.br

Introdução

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as Disfunções Sexuais Femininas (DSF) são um problema de saúde pública, caracterizadas por perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; COLLUMBIEN et al., 2012). O termo “DSF” diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, que incluem os transtornos de desejo sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e Transtornos da Dor Gênit-Pélvica/Penetração (TDGPP), que são associados a uma diminuição acentuada na qualidade de vida e das relações interpessoais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BASSON et al., 2000).

Os TDGPP são classificados segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V) e englobam o que anteriormente era classificado como dispareunia e vaginismo. A primeira é caracterizada por dor genital associada ao intercurso sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercurso. Já o vaginismo é caracterizado por contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos pélvicos adjacentes ao terço inferior da vagina, quando há tentativa da penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo ginecológico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A dor durante a relação sexual, durante a penetração vaginal, é um fenômeno complexo que está sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares (BERMAN; BASSUK, 2002; RAINA et al., 2007) e tem alta prevalência em mulheres. Poucos estudos avaliaram a prevalência de DSF no Brasil. Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres tenham alguma queixa de DSF, e a prevalência de TDGPP gira em torno de 23% (ABDO et al., 2004; FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; VALADARES et al., 2008).

Atualmente, há vários métodos disponíveis para a terapia das DSF, incluindo tratamento médico, psicológico, fisioterapêutico, entre outros (CLAYTON; HAMILTON, 2009; MENDONÇA; AMARAL, 2011; OHL, 2007). O atendimento geralmente é multidisciplinar, podendo ser preferencialmente interdisciplinar, devido à necessidade de interação e preparo da equipe para que haja confiança das pacientes no tratamento (MENDONÇA et al., 2012). Entretanto, o acesso a serviços públicos especializados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é bastante limitado no Brasil. Além disso, a falta de protocolos para a assistência em saúde sexual é uma lacuna que dificulta a abordagem das DSF (ABDOLRASULNIA, 2010) e contribui para que a maioria das pacientes fique sem resolver as suas queixas sexuais (GLASIER et al., 2006; LASKI; WONG, 2010).

O presente trabalho tem como objetivo compartilhar a experiência das autoras na condução da abordagem dos TDGPP, buscando demonstrar que é possível atender com resolutividade as pacientes com queixa de dor na relação sexual em um ambulatório público pelo SUS de forma interdisciplinar.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto dos atendimentos em sexologia, em nível ambulatorial e caráter interdisciplinar, em um hospital público, terciário, localizado na região do Sul do Brasil. Essa instituição é referência no atendimento de pacientes com queixas de TDGPP exclusivamente pelo SUS.

Os atendimentos são realizados através de consultas-conjuntas, reunindo na mesma cena profissionais de saúde de diferentes categorias, no caso: médica ginecologista especialista em saúde sexual, fisioterapeuta pélvica e eventualmente médicos residentes de Ginecologia-Obstetrícia e/ou de Medicina de Família e Comunidade que estejam passando pelo serviço, junto à paciente e ao acompanhante, se necessário. O objetivo é aproximar a tarefa assistencial quanto à qualidade do atendimento em um contexto interdisciplinar e de preceptoria, para possibilitar o tratamento adequado e a formação de residentes (MELLO FILHO, 2005).

A partir da revisão dos prontuários do sistema eletrônico hospitalar, revisamos as diversas abordagens para tratamento da dor durante a relação sexual que utilizamos em nosso serviço, no formato de atendimento interdisciplinar, e descreveremos a seguir como conduzimos os casos de TDGPP a nós encaminhados.

Resultados e discussão

Para relatar nossa experiência na abordagem dos TDGPP, dividimos nosso processo de trabalho em quatro etapas distintas, descritas a seguir:

1. encaminhamento e diagnóstico;
2. avaliação clínica;
3. tratamento; e
4. acompanhamento interdisciplinar.

Encaminhamento e diagnóstico

As pacientes com queixas de dor gênito-pélvica são encaminhadas ao atendimento em nosso serviço por médicos ginecologistas da instituição e por médicos clínicos e/ou ginecologistas das unidades básicas de saúde do SUS. Na primeira consulta, as pacientes são submetidas a anamnese e exame ginecológico realizados por médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia e/ou de Medicina

de Família e Comunidade com supervisão de preceptora ginecologista especialista em saúde sexual.

A hipótese diagnóstica de TDGPP é realizada pela médica ginecologista especialista em saúde sexual, partindo-se de anamnese e exame ginecológico, tomando por base o DSM-V, segundo o qual os transtornos na resposta sexual e aqueles que interferem na capacidade de sentir prazer sexual estão contemplados na categoria de disfunções sexuais. Dentre elas, o TDGPP engloba, na última versão do DSM-V, diagnósticos de dispareunia e vaginismo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; LAHAIE et al., 2015).

Para o diagnóstico de TDGPP, consideramos a duração de pelo menos seis meses de queixa persistente ou recorrente de um ou mais ou mais dos seguintes sintomas:

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 (MAP) durante tentativas de penetração vaginal ou a experiência de uma dor antecipada ao medo ou à ansiedade de uma possível dor que poderá acontecer (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; LAHAIE et al., 2015).

Avaliação clínica

Todas pacientes são submetidas a anamnese e exame físico ginecológico e pélvico durante o primeiro atendimento, considerados algoritmos comuns para o diagnóstico e planejamento da intervenção nas DSF (STUDD, 2007).

Na anamnese, ocorre a identificação da queixa principal com levantamento do histórico-clínico, história sexual pregressa e avaliação das possíveis causas orgânicas e psicossociais relacionadas à queixa da paciente (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

Há estratégias disponíveis eficientes que facilitam a gestão da maioria das queixas sexuais em uma abordagem inicial, como Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas, Terapia Intensiva (Plissit) (ANNON, 1976), além do modelo Ensinar, Orientar e Permitir (EOP), que propõe ensinar sobre a resposta sexual (E), orientar sobre a saúde sexual (O) e permitir e estimular o prazer sexual (P). Nesse sentido, Lamont (2012) defende que aproximadamente 70% de queixas sexuais podem ser facilmente tratadas de forma breve pelo clínico não

especialista em sexualidade, e os 30% restantes necessitam encaminhamento para especialistas.

Na avaliação diagnóstica, além dos protocolos já estabelecidos e descritos anteriormente, de anamnese sexual, utilizamos uma abordagem de rastreio sobre a funcionalidade da saúde sexual das mulheres. Esta é baseada em um estudo realizado que criou e validou um teste rápido chamado “*U on Sex*” (Você no Sexo). Esse teste, com apenas três questões, rastreia a Função Sexual Feminina (FSF), e foi experimentado por médicos não especialistas em sexualidade – médicos de família e ginecologistas (SCALCO et al., 2018). Foi validado através da metodologia Teoria de Resposta ao Item (TRI). O intuito do teste é que possa ser facilmente inserido na anamnese de uma consulta de rotina. Ao ser comparado com sexólogos – médicos e psicólogos –, obteve excelentes resultados de equivalência (SCALCO et al., 2018).

A prioridade do teste *U on Sex* foi estabelecer o menor número possível de perguntas para facilitar uma abordagem mínima de rotina, para rastrear a FSF. Os itens selecionados – frequência sexual, presença de orgasmo e iniciativa/interesse sexual – foram os que demonstraram maior discriminação para detectar o desfecho FSF. A utilização do teste é para quem relata estar em atividade sexual nos últimos seis meses.

O exame ginecológico posterior é fundamental e, caso necessário, são solicitados exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico diferencial de fatores orgânicos associados. Nos casos identificados de espasmo muscular, ocorre a avaliação da fisioterapeuta, a fim de verificar o tônus e a função dos MAP, a existência e localização de pontos dolorosos, bem como a compreensão de contração e repouso voluntário dos MAP pela paciente (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

No exame pélvico, durante a inspeção, comumente é observada uma postura defensiva de contração muscular voluntária não só dos MAP, como também de membros inferiores, e uma atitude característica de esquiva ao contato das mãos do examinador. Na palpação dos MAP, através do toque vaginal, ocorre a identificação das condições da musculatura, presença de tensão e espasmo muscular, pontos de dor (gatilhos), presença de incontinências urinária e anorretal, prolapso, testes de sensibilidade – tátil, térmica e dolorosa – e de reflexos da região pélvica (BATISTA, 2017; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

Além disso, são avaliados fatores psicogênicos associados, pois o medo de que a sensação dolorosa reapareça pode fazer com que a paciente apresente uma postura de defesa, contraindo involuntariamente os MAP, levando à persistência do estado de tensão e dor na relação sexual (SCAFURI et al., 2009).

Tratamento

O tratamento proposto, após diagnóstico e exame físico, inclui consultas-conjuntas, com, no mínimo, a presença da médica ginecologista especialista em saúde sexual e da fisioterapeuta pélvica no mesmo cenário, junto à paciente. As condutas propostas são prescritas conjuntamente, baseadas nos princípios do atendimento interdisciplinar. Destacamos a importância de que a conduta terapêutica seja individualizada, pois depende dos achados da avaliação, bem como dos fatores que predispõem a dor durante a relação sexual (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

Sendo assim, empregamos as técnicas descritas a seguir, que são prescritas conforme avaliação individual de cada caso específico e compõem os princípios gerais na abordagem e manejo do TDGPP:

- **Psicoeducação:** a educação da paciente deve preceder e apoiar uma discussão sobre as opções de tratamento. Nesse caso, as mulheres, em geral, recebem inicialmente informações precisas e detalhadas sobre anatomia e função sexual. O processo de educar a paciente mostra se há suposições ou equívocos que possam estar contribuindo para algum problema associado à queixa sexual. As informações já são frequentemente terapêuticas e bem recebidas. Difícilmente a paciente não se beneficia de algum dado adicional ou, no mínimo, essa etapa é uma oportunidade de: 1. estabelecer um vínculo inicial na abordagem em sexualidade, 2. observar os limites da paciente e 3. realizar um planejamento terapêutico (LARA et al., 2017).

Uma avaliação mais aprofundada dos fatores causais – por exemplo, problemas de relacionamento, crenças negativas sobre sexualidade – pode ser conduzida durante a psicoeducação. A paciente deve entender a justificativa para o tratamento proposto, e essa é uma forma de acessar isso, bem como a necessidade de a paciente ter um papel ativo no tratamento. Pacientes motivadas dentro do que é proposto, em geral, se beneficiam mais no processo terapêutico. Recursos bibliográficos específicos, documentários, filmes ou recursos *on-line* também são sugeridos; porém, nessa fase, ainda com pouca ou nenhuma intervenção adicional pela equipe interdisciplinar, que deve (CABALLO et al., 2008; HOFMANN; ASMUNDSON; BECK, 2013):

- ✓ estabelecer um relacionamento colaborativo com a paciente;
- ✓ reunir uma história psicossocial adequada para estabelecer fatores causais;
- ✓ definir metas de tratamento claras e viáveis;

- ✓ garantir a estabilidade do humor e do funcionamento psicossocial da paciente;
- ✓ orientar “temas de casa”: leituras, exercícios ou atividades entre as consultas.

A adesão a essas recomendações contribui para resultados positivos. Os profissionais devem colaborar com suas pacientes, no sentido de manter a motivação e resolver as barreiras que normalmente surgem (SARWER; DURLAK, 1997; HAWTON; CATALAN, 1986).

- **Terapia sexual Cognitivo-Comportamental (TCC):** inicialmente desenvolvida por Aaron T. Beck no início da década de 1960, é empregada no tratamento das disfunções sexuais. Trata-se de uma psicoterapia breve, estruturada, orientada no presente, direcionada a resolver problemas e modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2015).

A TCC é comumente oferecida no formato individual ou para casais, em 10 a 15 sessões semanais ou quinzenais (LOBITZ; LOPICCOLO, 1972). Incorpora em sua abordagem o manejo de habilidades, tais como o treinamento de atenção plena e de comunicação com parceiro(a) ou assertividade, o que pode ajudar a modificar pensamentos e comportamentos que contribuem para o problema sexual (ADAM et al., 2015; LOBITZ; LOPICCOLO, 1972).

- **Técnicas específicas de terapia sexual:** conhecer a história pregressa da paciente, abordando repertório sexual, área de consentimento – até onde a paciente se permite avançar nas práticas sexuais – e alternativas à penetração vaginal. A paciente é orientada, por exemplo, quanto à importância das preliminares – do toque, da troca de carícias – entre ela e o parceiro antes dos exercícios com os dilatadores, ou, no caso da penetração vaginal, objetivando uma boa lubrificação vaginal (SCALCO et al., 2017).

Algumas pacientes se beneficiam de poucos encontros para validação, psicoeducação e uma oportunidade de tirar dúvidas. No entanto, muitas apresentam necessidade de tratamento adicional, especialmente aquelas com histórico prévio persistente da queixa sexual associado à angústia e/ou tentativas frustradas de tratamentos, em que se preconiza, sem dúvida, a terapia sexual (LARA et al., 2017).

As atividades terapêuticas podem incluir reestruturação cognitiva – identificação sistemática e correção de erros lógicos que mantêm crenças disfuncionais – e experimentos comportamentais nos quais a paciente “testa”

suas crenças, geralmente no contexto de situações da vida real (LOBITZ; LOPICCOLO, 1972).

- Visualização da vagina, vulva e MAP: inicialmente, através de um molde anatômico da região vulvo-vaginal, oferecemos informações sobre anatomia e fisiologia feminina, estimulando a consciência corporal e o controle dos esfíncteres urinário, vaginal e anal. Utilizamos também uma figura ilustrativa dos MAP, instruindo a paciente sobre sua localização e função, já que 30% das mulheres tem dificuldades para recrutar essa musculatura (BOURCIER; JURAS, 1995). A falta de percepção dos MAP dificulta o autocontrole para relaxar essa musculatura durante o coito, perpetuando, assim, o ciclo dor-espasmo-dor (BATISTA, 2017; MENDONÇA; AMARAL, 2011; MENDONÇA et al., 2012; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

- Técnicas de autorrelaxamento e diminuição da ansiedade: a próxima etapa é ensinar à paciente técnicas de autorrelaxamento e controle da ansiedade que melhoram a consciência corporal, solicitando a contração e o relaxamento de diversos grupos musculares – ombros, coxas, glúteos e abdome –, visando a percepção da diferença entre contraído, tenso e relaxado. Depois, ensinamos o controle da respiração, orientando inspiração profunda e expiração máxima, o que deve ser realizado lentamente (FAVORETO, 2001; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

Os espasmos musculares dos músculos pubococcígeo, puborretal, iliococcígeo e isquiococcígeo, que participam da continência urinária e fecal (SHISHIDO et al., 2008; THOMPSON et al., 2006) e estão envolvidos na relação sexual (KOLBERG TENNFJORD et al., 2016; MEYER et al., 2015), são tratados também com exercícios de relaxamento pélvico, solicitando que a paciente relaxe os músculos abdominais e pélvicos, estufando a barriga e abduzindo os membros inferiores (BATISTA, 2017; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

- Dessensibilização vulvo-vaginal: seguimos com a dessensibilização para as pacientes identificadas sem autoconhecimento. Assim, elas são estimuladas a visualizar e identificar em si mesma o clitóris, grandes lábios, pequenos lábios e introito vaginal através de um espelho (OLIVEIRA, 2001; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

- Massagem e automassagem dos MAP: realizada inicialmente pela fisioterapeuta pélvica com a paciente em posição ginecológica, que as ensina a fazer a automassagem a ser realizada a domicílio diariamente. Essa técnica foi descrita inicialmente

por Thiele, em 1937, em pacientes sem queixas geniturinárias, mas com espasmos musculares do levantador do ânus e coccígeo e é utilizada com objetivo de desativar pontos-gatilho (*trigger-points*) e promover relaxamento do músculo levantador do ânus, obturador interno e piriforme (SCAFURI et al., 2009; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018). A massagem é realizada como descrita por Oyama e demais autores (2004), com o dedo indicador ou polegar, realizando mobilização muscular no sentido caudal das fibras musculares, com pressão tolerável sobre as paredes vaginais laterais e posterior por cinco minutos (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018). Ao mobilizar os tecidos, produz-se calor, e este ajuda na quebra de ligações do colágeno e das aderências, que podem ser motivo de dores e disfunções nos MAP. Essa técnica é eficaz no tratamento da dispareunia causada pela hipertonia da musculatura dos MAP, com alívio da dor a longo prazo (DE LORENZI et al., 2006; MULHALL et al., 2008; SILVA et al., 2017). Mostra-se benéfica para reabilitação dos músculos pélvicos, é de baixo custo e não oferece nenhum risco às mulheres (MONTENEGRO et al., 2010; SILVA et al., 2017; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018).

- Alongamento passivo e ativo dos MAP: o alongamento passivo nas paredes laterais e posterior das paredes vaginais de intensidade leve e tempo prolongado – 60 segundos – (KISNER; COLBY, 1998) é realizado pela fisioterapeuta com o dedo indicador “em gancho”, alongando os MAP no sentido caudal. As pacientes são ensinadas a realizar o alongamento ativo diariamente em domicílio, utilizando o dedo polegar ou indicador, como descrito anteriormente, em sedestação, com as costas apoiadas, inclinando-se um pouco para baixo para conseguir acessar o introito vaginal.

- Treinamento muscular dos MAP: as pacientes também são ensinadas e orientadas pela fisioterapeuta a realizar os exercícios para melhora da função dos MAP em seu domicílio. Basicamente, os exercícios são compostos por uma série de contrações sustentadas dos MAP com duração de seis a dez segundos, seguidos por, no mínimo, o dobro de tempo de repouso entre uma contração e outra – fortalecimento de fibras musculares lentas – e/ou série de contrações rápidas de aproximadamente um segundo – para recrutar as fibras musculares rápidas –, com repetições, preferencialmente diárias de uma a três vezes por dia, realizadas inicialmente em decúbito dorsal, evoluindo para sedestação e ortostase (KEGEL, 1948; MØRKVED et al., 2003; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2018). Ressaltamos que esses são exercícios básicos, pois

a prescrição exata do exercício – número de repetições, tempo de contração e de repouso – é dada de acordo com os achados da avaliação dos MAP de cada paciente (TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2018).

O treinamento muscular dos MAP tem grande aplicabilidade nas DSF (GOLDFINGER et al., 2009; PIASSAROLLI et al., 2010; SACOMORI et al., 2015; SCOTT; HSUEH, 1979). A musculatura do MAP sustenta os órgãos pélvicos e é responsável pelos controles esfinterianos e sexual. A ativação da musculatura leva ao aumento da vascularização e do estímulo sensorio-motor o que contribui na recuperação de disfunções como dispareunia, vaginismo, transtorno de desejo, excitação e satisfação sexual (PIASSAROLLI et al., 2010). Além disso, sabe-se que o orgasmo é desencadeado em parte por um reflexo sensorio-motor que provoca contrações dos MAP e, quando estas são realizadas com consciência e qualidade contrátil pelas mulheres, podem desencadear mais facilmente o orgasmo. O aumento do fluxo sanguíneo, da mobilidade pélvica e a melhor ativação dos MAP participam na resolução das DSF e na melhora da qualidade de vida das mulheres (BATISTA, 2017; MENDONÇA; AMARAL, 2011; MENDONÇA et al., 2012; TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2018).

- Dilatação vaginal progressiva: técnica utilizada somente para as pacientes com vaginismo. As pacientes são orientadas a comprar um kit de dilatadores vaginais de silicone de diferentes diâmetros em lojas físicas ou virtuais e são ensinadas a realizar os exercícios em nível domiciliar no mínimo três vezes por semana – duas vezes pela paciente sozinha e uma vez pelo parceiro, preferencialmente. Os dilatadores vaginais ajudam a superar a ansiedade da penetração, promovendo a consciência para facilitar a abertura vaginal (ROSENBAUM, 2006).

Os exercícios consistem inicialmente na introdução, no canal vaginal, do dilatador de menor diâmetro com aplicação prévia de lubrificante e/ou anestésico tópico, se necessário, e com associação a técnicas de relaxamento pélvico.

A sequência de exercícios consiste em introduzir e manter sem movimentar o dilatador dentro na vagina por 5 a 15 minutos, conforme tolerância na primeira semana, evoluindo, na segunda semana, para introdução e retirada parcial e após, na terceira semana, para introdução e retirada completa do dilatador no limite de tolerância dolorosa, podendo retornar à etapa anterior se apresentar muita dificuldade e/ou dor. Após vencer essas etapas com o primeiro diâmetro de dilatador, a paciente é orientada

a progredir a realização dos mesmos exercícios sequencialmente ao diâmetro seguinte, até o de maior tamanho.

- Orientações para o coito/penetração: 1. utilizar lubrificante e/ou anestésico tópico no pênis e vagina se necessário. As orientações quanto ao uso de lubrificantes podem ajudar na secura vaginal e dispareunia resultante, melhorando a função do orgasmo (CLAYTON; HAMILTON, 2009); 2. iniciar penetração somente quando estiver na fase de excitação do ciclo de resposta sexual; 3. manter postura corporal relaxada e associar técnicas de relaxamento pélvico ao movimento de penetração, comandando e guiando o parceiro; 4. trocar as posições, verificando em qual sente menos dor; 5. restringir o coito se dor maior ou igual a cinco na Escala Visual Analógica (EVA) e usar outras alternativas de repertório sexual (BATISTA, 2017; MENDONÇA; AMARAL, 2011, 2012; TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2018).
- Outros recursos: caso necessário, também são prescritas medicações analgésicas e empregados outros recursos da fisioterapia pélvica, como terapia manual – liberação miofascial dos MAP –, eletrofototerapia, biofeedback, entre outros (BATISTA, 2017; MENDONÇA; AMARAL, 2011; MENDONÇA et al., 2012; TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2018).

Acompanhamento interdisciplinar

Sobre o formato de acompanhamento interdisciplinar apresentado neste estudo, cabe conceituar que a interdisciplinaridade é um meio de abordar uma situação-problema através da integração e intersecção de conhecimentos, objetivando preencher lacunas do conhecimento. Relata-se a importância de desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal e de comunicação. Assinala-se a necessidade de capacitação permanente e consideram-se como consequências do trabalho interdisciplinar: um atendimento integral, humano e mais qualificado e a valorização profissional e dos serviços prestados pela instituição. Os profissionais devem ter uma postura favorável à interdisciplinaridade e necessitam vivenciar espaços que integram teoria e prática, objetivando a superação da formação cada vez mais fragmentada e disciplinar, que se reflete nas suas atitudes (SOUZA; SOUZA, 2009).

O termo “interdisciplinaridade” surgiu no século XIX, não sendo um conceito contemporâneo diante do surgimento do conhecimento da ciência. No século XX, o caráter interdisciplinar passou a ser efetivado dentro da ciência. Fortalecendo a premissa de que saúde é um assunto para muitos profissionais, Campos (1995) afirma

que a abordagem em equipe deve ser comum a toda a assistência à saúde. Isso porque o principal aspecto positivo da atuação em equipe interdisciplinar é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas. Assim, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde.

A integralidade no campo da saúde mental visa permitir o contato e o acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico, com destaque na vertente assistencial, para a construção de redes de atenção integral em saúde mental. O princípio da integralidade na inserção na área da saúde mental é discutido na rede de serviços como indicador de uma nova maneira de pensar a atenção em saúde (NASI et al., 2009).

Os profissionais da saúde, atualmente, buscam transpor limites dentro da equipe em que atuam. Isso porque, segundo Maldonado e Canella (2009), a saúde não seria de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que profissionais de diversas áreas, representantes de várias ciências, devem agregar-se em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

Segundo Brotto e demais autores (2016), o trabalho na terapia sexual é essencialmente transdisciplinar, o que envolve não apenas a colaboração de profissionais de forma multidisciplinar, mas a integração e aplicação de novos conhecimentos e avaliação e subsequente revisão de nossas práticas para garantir o mais alto nível de atendimento prestado. Esse princípio caracterizaria o trabalho interdisciplinar. Além disso, estudos demonstraram consistentemente a interdependência da função sexual entre parceiros, com a disfunção em um parceiro frequentemente contribuindo para problemas no funcionamento sexual e/ou satisfação sexual para o outro.

No geral, a pesquisa apoia fortemente a investigação clínica de rotina de fatores psicológicos, fatores relacionados ao parceiro, contexto e estressores da vida. Portanto recomenda-se um modelo biopsicossocial para entender como esses fatores predisõem à disfunção sexual. A combinação ou tratamento integrado aborda as questões relevantes questões médicas e psicossociais que predisõem, precipitam e perpetuam a disfunção sexual. Porém, existe pouca literatura sobre terapia combinada para tratamento de mulheres com disfunção sexual. Por isso, recomendamos que os prestadores de cuidados de saúde abordem a gestão do tratamento da disfunção sexual de forma combinada ou integrada sempre que possível – recomendação 1/4 grau A (BROTTO et al., 2016).

Portanto, a premissa básica do modelo de atendimento interdisciplinar é disponibilizar a *expertise* de diferentes profissionais de saúde a portadores de doenças ou patologias complexas. Estudos recentes, embora limitados em número, sugerem o acompanhamento interdisciplinar como a melhor forma de manejo das doenças (CURTIS et al., 2005; GOLDSTEIN et al., 2004). Nesses estudos, o acompanhamento interdisciplinar mostrou-se superior ao acompanhamento feito somente por um especialista em diversos aspectos clínicos. Contudo, há poucos estudos que avaliam o sucesso do modelo interdisciplinar na ótica dos pacientes (SANTOS et al., 2008).

Em nosso ambulatório, as pacientes recebem atendimento concomitante, de rotina, com profissionais – ginecologista especialista em saúde sexual e fisioterapeuta pélvica – em consultas-conjuntas, com prescrição do tratamento por escrito por ambos. As mesmas são orientadas a realizar os exercícios preconizados, periodicamente a nível domiciliar, trazendo anotadas as suas dificuldades e fazendo uma autoavaliação de seu desempenho, bem como interesse/motivação em realizar a terapia. Casos que necessitem de atendimento presencial mais frequente e de consultas juntamente com o parceiro são identificados e remarcados para seguimento com o profissional mais habilitado para atender as demandas requeridas pela paciente. Nesse sentido, o serviço inclui, além da disponibilidade de atendimento em medicina sexual e fisioterapia pélvica, também acompanhamento com psicologia e ou psiquiatria, quando necessário.

O acompanhamento do tratamento é com retornos das consultas-conjuntas para atendimento individual semanais, quinzenais ou mensais, conforme melhora clínica e evolução do tratamento, sempre com a presença de, no mínimo, ginecologista especialista em saúde sexual e fisioterapia pélvica.

A interdisciplinaridade é essencialmente um processo que precisa ser exercido. Se exercê-lo é prazeroso, maior prazer é dividi-lo. De outra forma, o movimento interdisciplinar trata de estabelecer novas parcerias, se enriquece quando socializado. A interioridade nos conduz a um profundo exercício de humildade – fundamento maior e primeiro da interdisciplinaridade (FAZENDA, 1994).

Considerações finais

Foi demonstrada a experiência de implantar um protocolo de atendimento interdisciplinar, consulta-conjunta em sexologia, aliando atendimento de medicina sexual e de fisioterapia para as pacientes com TDGPP. Este trabalho tem sido realizado em um serviço público na região Sul do Brasil. Acreditamos na importância da integração de diferentes profissionais nessa área, visando aproximar as conexões da tarefa assistencial e melhorar a

qualidade do atendimento em saúde sexual, bem como os resultados. A DSF é situação prevalente e ainda de difícil acesso em nosso país. Com este trabalho, esperamos melhorar a abordagem e os resultados no tratamento de mulheres com DSF, especialmente nos casos de TDGPP, bem como estimular mais colegas que atuam na saúde pública, atentando para o fato de que é possível atender casos de saúde sexual, pelo SUS, de forma interdisciplinar.

Referências

- ABDO, C. H. *et al.* Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, Basingstoke, v. 16, n. 2, p. 160-166, Apr. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14961047> = . Acesso em: 02 jul. 2019.
- ABDOLRASULNIA, M. *et al.* Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 7, n. 7, p. 2499-2508, July 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20524976> = . Acesso em: 03 ago. 2019.
- ADAM, F. *et al.* Mindfulness skills are associated with female orgasm? *Sexual and Relationship Therapy*, Basingstoke, v. 30, n. 2, p. 256-267, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/journal/1468-1749_Sexual_and_Relationship_Therapy = . Acesso em: 13 jul. 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANNON, J. S. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, v. 2, n. 1, p. 1-15, 1976. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01614576.1976.11074483?journalCode=wzjs20&=>. Acesso em: 01 set. 2019.
- BASSON, R. *et al.* Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*, Philadelphia, v. 163, n. 3, p. 888-893, Mar. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10688001> = . Acesso em: 12 jul. 2019.
- BATISTA, M. C. S. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 83-87, abr./jun. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/833699/rdt_v22n2_83-87.pdf = . Acesso em: 10 ago. 2019.
- BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. (ed.). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: London: The Guilford Publications, 2015.
- BERMAN, J. R; BASSUK, J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World Journal of Urology*, Berlim, v. 20, n. 2, p. 111-118, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10859437/> = . Acesso em: 20 jul. 2019.
- BOURCIER, A. P; JURAS, J. C. Nonsurgical therapy for stress incontinence. *Urologic Clinics of North America*, Philadelphia, v. 22, n. 3, p. 613-627, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322008000400009 = . Acesso em: 30 jul. 2019.
- BROTTO, L. *et al.* Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 13, n. 4, p. 538-571, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27045257> = . Acesso em: 02 jul. 2019.
- CABALLO, V. E; CLAUDINO, M. D. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. 3. reimp. São Paulo: Santos; 2008.
- CAMPOS, T. C. P. *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.
- LOBITZ, W. C.; LOPICCOLO, J. New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Amsterdam, v. 3, n. 4, p. 265-271, Dec. 1972. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4680816> = . Acesso em: 02 ago. 2019.
- CLAYTON, A. H; HAMILTON, D. V. Female sexual dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Philadelphia, v. 36, n. 4, p. 861-876, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12844457> = . Acesso em: 12 ago. 2019.

COLLUMBIEN, M. et al. *Social science methods for research on sexual and reproductive health*. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44805>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CURTIS, B. M. et al. The short and long term impact of multidisciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, Oxford, v. 20, n. 1, p. 147-154, Jan. 2005. Disponível em: <https://academic.oup.com/ndt/article/20/1/147/1818606>. Acesso em: 22 jul. 2019.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 312-317, out. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000500017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 jul. 2019.

FAVORÊTO, A. Técnicas gerais utilizadas na terapia sexual: relaxamento. In: FAVORÊTO, A.; INSTITUTO PAULISTA DE SEXUALIDADE (org.). *Aprimorando a saúde sexual*. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2001. p. 99-108.

FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas, SP: Papirus, 1994.

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. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 2, p. 143-150, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

GLASIER, A. et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, v. 368, n. 9547, p. 1595-607, Nov. 2006. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_1.pdf. Acesso em: 30 ago. 2019.

GOLDFINGER, C. et al. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 6, n. 7, p. 1955-1968, July, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453890>. Acesso em: 02 set. 2019.

GOLDSTEIN, M. et al. Multidisciplinary predialysis care and morbidity and mortality of patients on dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, Philadelphia, v. 44, n. 4, p. 706-714, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15384022>. Acesso em: 02 jul. 2019.

HAWTON, K.; CATALAN, J. Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, Oxford, v. 24, n. 4, p. 377, 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3741303>. Acesso em: 05 ago. 2019.

HOFMANN, S. G.; ASMUNDSON, G. J.; BECK, A. T. The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, London, v. 44, n. 2, p. 199-212, June 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23611069>. Acesso em: 02 set. 2019.

KEGEL, A. H. Progressive exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, New York, v. 56, n. 2, p. 238-248, 1948. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18877152>. Acesso em: 15 ago. 2019.

KISNER, C.; COLBY, L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.

KOLBERG TENNFJORD, M. et al. Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction-secondary analysis of a randomised trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, Oxford, v. 123, n. 4, p. 63442, Mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26691895>. Acesso em: 02 jul. 2019.

LAHAIE, M. A. et al. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/ Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, New York, v. 44, n. 6, p. 1537-1550, Aug. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25398588>. Acesso em: 04 jul. 2019.

LAMONT, J. et al. Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Amsterdam, v. 34, n. 8, p. 769-775, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22947409>. Acesso em: 04 jul. 2019.

LARA, L. A. S. et al. Modelo para abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 184-194, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000600008. Acesso em: 06 jul. 2019.

LASKI, L.; WONG, S. Addressing diversity in adolescent sexual and reproductive health services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Malden, v. 110, Suppl:S10-2, July, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6045/e53d1e6e2d1e9d1ecd89cec7d4f80e63ce78.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2019.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Ribeirão Preto, SP: Editora Novo Conceito, 2009.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 47-151, 2005. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1527/c0e54c1eea2a72a6aa0e431d5dd3c4756d62.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.

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, mar. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2495.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

MENDONÇA, C. R. et al. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 195-202, jul./ago. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

MEYER, S. et al. [The peripheral sexual response ... from urogynecology to sexology]. *Revue Medicale Suisse*, Genève, v. 11, n. 498, p. 2320-2325, Dec. 2015. Disponível em: <https://www.unige.ch/fapse/psychoclinique/autres-enseignants-de-lorientation-clinique/bianchi-demicheli/publications/>. Acesso em: 02 ago. 2019.

MONTENEGRO, M. L. L. S. et al. Thiele massage as a therapeutic option for women with chronic pelvic pain caused by tenderness of pelvic floor muscles. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Oxford, v. 16, n. 5, p. 981-982, Oct. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20590980>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MØRKVED, S. et al. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, v. 101, n. 2, p. 313-319, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576255>. Acesso em: 30 jul. 2019.

MULHALL, J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 5, n. 4, p. 788-795, Apr. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284556>. Acesso em: 11 jul. 2019.

NASI, C. et al. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 147-152, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>. Acesso em: 8 set. 2019.

OHL, L. E. Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing*, Pitman, v. 27, n. 1, p. 57-63, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17390929>. Acesso em: 20 ago. 2019.

OYAMA, I. A. et al. Modified thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology*, New York, v. 64, n. 5, p. 862-865, Nov. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533464>. Acesso em: 02 jul. 2019.

OLIVEIRA, J. S. Vaginismo. In: OLIVEIRA, J. S.; INSTITUTO PAULISTA DE SEXUALIDADE (org.). *Aprimorando a saúde sexual*. 2. ed. São Paulo: Summus editorial, 2001. p. 291-297.

PIASSAROLLI, V. P. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 234-240, maio 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 ago. 2019.

RAINA, R. et al. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertility and Sterility*, New York, v. 88, n. 5, p. 1273-1284, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17991514>. Acesso em: 09 jul. 2019.

ROSENBAUM, T. Managing postmenopausal dyspareunia: beyond hormone therapy. *The Female Patient*, v. 31, p. 24-30, 2006. Disponível em: https://journals.lww.com/menopausejournal/Abstract/2013/09000/Management_of_symptomatic_vulvovaginal_atrophy__5.aspx. Acesso em: 14 ago. 2019.

SACOMORI, C. et al. Força muscular do assoalho pélvico e função sexual em mulheres. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 28, n. 4, p. 657-665, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502015000400657&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 ago. 2019.

SANTOS, F. R. et al. Satisfação do paciente com o atendimento interdisciplinar num ambulatório de prevenção da doença renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 30, n. 2, p. 151-156, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/220000211_Satisfacao_do_Paciente_com_o_Atendimento_Interdisciplinar_num_Ambulatorio_de_Prevencao_da_Doenca_Renal_Cronica. Acesso em: 22 ago. 2019.

SARWER, D. B.; DURLAK, J. A. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, London, v. 23, n. 2, p. 87, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9230489>. Acesso em: 30 jul. 2019.

SCAFURI, A. G. Síndrome da bexiga dolorosa cistite intersticial. In: PALMA, P. C. R. *Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p. 429-439.

SCALCO S. et al. Retrospective Analyses of Female Sexual Health Care at a Public Hospital. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 14, n. 5, p. e283-e284, 2017.

SCALCO S. C. P. et al. U on Sex - A rapid diagnostic test for female sexual dysfunction. *Archives. of Sexual Behavior*. 2019. In: SCALCO, S. C. P. Desenvolvimento e validação de instrumento rápido para abordagem da função sexual feminina na atenção primária à saúde. 2019. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

SCOTT, R.; HSUEH, G. S. A clinical study of the effects of galvanic vaginal muscle stimulation in urinary stress incontinence and sexual dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, New York, v. 135, n. 5, p. 663-665, Nov. 1979. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/315712>. Acesso em 30 ago. 2019.

SHISHIDO, K. et al. Influence of pelvic floor muscle contraction on the profile of vaginal closure pressure in continent and stress urinary incontinent women. *The Journal of Urology*, Philadelphia, v. 179, n. 5, p. 1917-22, May 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18353401>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SILVA, A. P. et al. Massagem perineal melhora a dispáreunia causada por tensão dos músculos do assoalho pélvico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 26-30, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032017000100026&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2019.

SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 117-123, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a01.htm>. Acesso em: 15 ago. 2019.

STUDD, J. A comparison of 19th century and current attitudes to female sexuality. *Gynecological Endocrinology*, Carnforth, v. 23, n. 12, p. 673-681, Dec. 2007. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09513590701708860>. Acesso em: 15 jul. 2019.

THOMPSON, J. A. et al. Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent and incontinent women using transperineal ultrasound, manual muscle testing and vaginal

squeeze pressure measurements. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, Surrey, v. 17, n. 6, p. 624-630, Nov. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532264>. Acesso em: 30 jul. 2019.

TRONCON, J. K, PANDOCHI, H. A. S; LARA, L. A. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 28, n. 2, p. 69-74, 2018. Disponível em: https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/25. Acesso em: 26 jul. 2019.

VALADARES, A. L. et al. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics*, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 775-782, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322008000600012&script=sci_abstract. Acesso em: 16 jul. 2019.