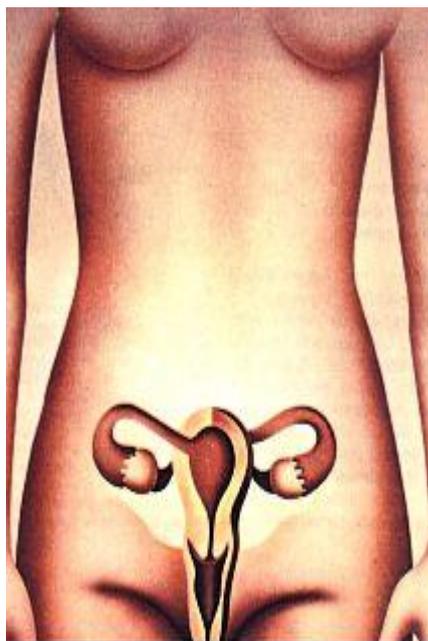


*Universidade Atlântica  
Licenciatura em Fisioterapia  
Seminário de Monografia I e II  
3ºano/ 1ºsemestre  
Ano Lectivo 2008/09*

## **Monografia Final De Curso**

# A Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina



***Orientadora:*** Lara Costa Silva

João António Almeida da Luz N°200691256

Barcarena, 16 de Novembro de 2009



O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório



## ***Resumo***

O presente trabalho aborda o papel da fisioterapia na disfunção sexual feminina, já que esta disfunção afecta milhões de mulheres em todo o mundo. Sendo a felicidade sexual uma condição essencial para a saúde, indispensável para a qualidade de vida da população mundial, assim, torna-se necessário analisar a literatura existente sobre esta temática, dando relevo á fisioterapia na resolução desta patologia.

O objectivo deste trabalho consiste em verificar e analisar a literatura existente sobre o papel da Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina. Serão ainda abordados tópicos como a sexualidade na mulher, a fisiologia da resposta sexual feminina, a anatomia do pavimento pélvico, a etiologia e epidemiologia da patologia, sendo dado ênfase à intervenção da fisioterapia nestas condições.

O processo metodológico deste estudo é uma revisão da literatura que é um estudo descritivo, tendo sido feito uma descrição de um tema sob o ponto de vista teórico (A Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina), devidamente contextualizado em bases de dados como a Medline, Web of Science, PubMed ,sciELO, revistas científicas, entre muitas outras.

Relativamente ao papel da fisioterapia centra-se muito ao nível de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, cones vaginais, biofeedback, electroestimulação, massagem e até mesmo na educação e aconselhamento.

Depois de realizado o trabalho e em forma de conclusão, há necessidade de fazer mais estudos sobre esta temática, mas que seja privilegiada a parte da intervenção da fisioterapia de modo a contribuir para o seu avanço.

***Palavras-Chave:*** Fisioterapia Urogenital, Disfunção Sexual Feminina, Pavimento Pélvico



## *Abstract*

The present work is based on the role of physiotherapy in female sexual dysfunction since this disease affects millions of women around the world. Being sexual happiness a prerequisite for health, essential for the quality of life of the world thus becomes necessary to examine the existing literature on this subject, with an emphasis on physiotherapy in the resolution of this pathology.

This work is focused in verifying and analysing the text edited literature about the role of physiotherapy on Female Sexual Dysfunction. There will also be addressed such topics as sexuality in women, the physiology of female sexual response, the anatomy of the pelvic floor, the etiology and epidemiology of the disease, with emphasis given to the intervention of therapy in these conditions.

Concerning the role of physiotherapy focuses much the level of exercises to strengthen pelvic floor muscles, vaginal cones, biofeedback, electrostimulation, massage and even in education and counseling.

The methodological process in this work, which is a descriptive work, is based on the text edited literature's theoretic review on role of physiotherapy in female sexual dysfunction, based on several data base like Medline, Web of Science, PubMed, sciELO, scientific periodics, and many others. After carried through the work and in conclusion form, it emerged the necessity to make more studies on this areas, where the intervention of the physiotherapy is privileged the part of in order to contribute for its advance.

***Key words:*** Physiotherapy Urogenital, Female Sexual Dysfunction, Pelvic Floor



## Índice

Resumo.....	VI
Abstract.....	VIII
Índice.....	X
Lista de abreviaturas e siglas.....	XIV
Índice de Figuras.....	XVI
Índice de Tabelas.....	XVIII
1. Introdução .....	1
2. Metodologia .....	5
3. A Mulher e a Sexualidade .....	7
3.1 A Sexualidade .....	7
3.2 Considerações Neuro-Endocrinas Sobre a Sexualidade.....	11
3.2.1 Os Estrogénios.....	13
3.2.2 A Progesterona.....	14
3.2.3 Os Androgénios .....	14
3.2.4 A Prolactina .....	15
3.2.5 A Adrenalina .....	15
3.2.6 As Endorfinas .....	16
3.2.7 A Serotonina .....	16
3.2.8 A Dopamina .....	16
3.2.9 A Ocitocina .....	16
3.3 Bases Anatómicas Do Pavimento Pélvico.....	17
3.3.1 Pavimento Pélvico .....	17
3.3.1.1 Plano muscular profundo .....	17
3.3.1.2 Plano muscular médio .....	19
3.3.1.3 Plano muscular superficial .....	20
3.3.1.4 Centro tendíneo do períneo.....	21
3.3.2 Órgãos internos do Sistema Genital Feminino .....	22
3.3.3 Órgãos Reprodutores Femininos Externos .....	24

3.4 Fisiologia Da Resposta Sexual Feminina .....	26
3.4.1 Fase de Desejo .....	27
3.4.2 Fase de Excitação .....	28
3.4.3 Fase de Estabilização (Plateau) .....	31
3.4.4 Fase de Orgasmo .....	32
3.4.5 Fase de Resolução .....	34
4. Disfunção Sexual Feminina.....	37
4.1. Contextualização.....	37
4.2. As Disfunções Sexuais Femininas.....	38
4.3. Classificação e Definição.....	39
4.3.1. Desejo Sexual Hipoactivo.....	41
4.3.2. Aversão Sexual.....	41
4.3.3. Perturbação da Excitação Sexual da Mulher.....	41
4.3.4. Perturbação do Orgasmo na Mulher.....	42
4.3.5. Dispareunia .....	43
4.3.6. Vaginismo.....	43
4.4. Prevalência .....	44
4.5. Factores Etiológicos.....	45
4.5.1. Factores Biológicos.....	45
4.5.1.1. Desejo Sexual.....	45
4.5.1.2. Excitação Sexual.....	46
4.5.1.3. Fase do Orgasmo.....	46
4.5.1.4. Dor Sexual.....	46
4.5.2. Factores Psicossociais.....	47
5. A Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina.....	51
5.1. Avaliação .....	52
5.2.1. Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico .....	54
5.2.2. Cones Vaginais.....	57
5.2.3. Biofeedback.....	60

5.2.4.Eletroestimulação.....	61
5.2.5.Massagem.....	63
6.Discussão.....	65
7.Conclusão.....	69
8.Referências Bibliográficas.....	71
9.Anexos/Apêndices .....	81



## *Lista de abreviaturas e siglas*

MPP – Músculos Pavimento Pélvico

NFCP – Núcleo Fibroso Central Do Perineo

PP – Pavimento Pélvico

RSF – Resposta Sexual Feminina

SN – Sistema Nervoso

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

cm – Centímetro

mm - Milímetro



## Índice de Figuras

Figura 1. Exercício de Kegel

Figura 2. Cones vaginais

Figura 3. Biofeedback

Figura 4. Eletroestimulação (Duapex 961)



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Esquema Muscular Do Diafragma Pélvico

Tabela 2 – Divisão Esquemática Das Estruturas Perineais

Tabela 3 – Classificação das Disfunções Sexuais Femininas

Tabela 4 – Efeito das Hormonas Sobre o Desejo Sexual

## ***1.Introdução***

No âmbito da disciplina de Seminário de Monografia, do 3º ano do Curso de Licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica, foi proposto a realização de uma monografia. A presente monografia consiste numa revisão da literatura em que aborda o papel da fisioterapia na disfunção sexual feminina, sendo esta área da fisioterapia pouco conhecida, pretende-se dar a conhecer a sua importância nesta área específica, já que afecta milhares de mulheres em todo o mundo.

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental, podendo ser afectada por factores orgânicos, emocionais e sociais (OMS 1975).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a felicidade sexual como uma condição essencial para a saúde, indispensável para a qualidade de vida da população mundial. Afirma ainda que a falta de prazer pode trazer danos, como insónia, mau humor, depressão, tensão constante, entre outros factores (Braz, Brongholi, Medeiros, 2004).

Além das consequências negativas trazidas por uma actividade sexual desagradável, como a depressão, angústias, raiva por motivos irrelevantes e brigas constantes, a mulher pode chegar a um quadro de verdadeira aversão sexual pela falta de prazer, podendo ter relações sexuais dolorosas, ou mesmo evoluindo para um quadro de vaginismo (Rojtenberg, 2004).

Em geral, considera-se que a mulher pouco sabe sobre os seus órgãos sexuais, conhecendo menos ainda os músculos do pavimento pélvico (PP) e o imenso valor que tais músculos representam (Oyama, 2002).

Individualmente, a sexualidade, é influenciada pela família, sociedade, crenças religiosas, e altera-se com a idade, estado de saúde e experiências pessoais. Tudo coordenado pelo sistema neurológico, vascular e endócrino. Um sistema complexo, onde um problema em qualquer uma destas áreas pode levar a uma disfunção sexual (Nancy, Phillips, 2000)

Segundo Back (2002), o tratamento da disfunção sexual feminina é de suma importância, pois na questão da saúde a vida sexual desempenha uma função vital para os dois sexos.

Grosse e Sengler (2002) destacam a importância do fortalecimento muscular do PP na função sexual feminina, especialmente os músculos elevadores do ânus, responsáveis pela dinâmica vaginal, favorecendo a relação continente/conteúdo durante a penetração do pénis. O controlo dos músculos supracitados é obtido através de varias técnicas utilizadas pelo fisioterapeuta, e o seu reforço melhora a qualidade das relações sexuais.

Bragonier e Reading (1994) destacam a importância da investigação directa sobre a sexualidade das mulheres que procuram tratamento para disfunções urinárias e/ou ginecológicas, acreditando-se que tais patologias comprometem a performance sexual e o relato espontâneo sobre tal questão é escasso e por vezes abolido dos consultórios.

O papel do fisioterapeuta na equipa multidisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas tem sido abordado na literatura. (Bergeron, Binik, Khalifé, 1997)

Este estudo pretende, de uma forma geral, descrever as disfunções sexuais femininas e relatar o papel da fisioterapia no tratamento destas patologias. Este estudo irá revelar o modo como a sexualidade era encarada nas diversas sociedades desde os antepassados ate aos dias actuais, assim como o papel social da mulher de acordo com a sociedade em que está inserida. Iremos ainda relatar as descrições anatomo-fisiologicas implícitas na função sexual feminina, bem como mostrar a epidemiologia e etiologia das várias disfunções sexuais femininas e evidenciar a intervenção da Fisioterapia nestas doenças através de estudos com validade científica.

Os objectivos deste estudo são:

- ⇒ Descrever a sexualidade na mulher
- ⇒ Apresentar a anatomo-fisiologia da função sexual feminina
- ⇒ Descrever a etiologia e epidemiologia das disfunções sexuais femininas.
- ⇒ Analisar e compreender a eficácia das diversas metodologias de intervenção da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas.

- ⇒ Dar a conhecer a importância da fisioterapia, pois tem um papel relevante no tratamento destas patologias e pouco divulgada.
- ⇒ Esclarecer os inúmeros aspectos relacionados com a intervenção da Fisioterapia, tendo não só em conta o aspecto funcional, mas também o aspecto social e psicológico.

Este trabalho será uma Revisão da Literatura, sendo este um estudo que se caracteriza por um determinado assunto, a fisioterapia na disfunção sexual feminina, através do domínio da teoria e evidência já existentes, mostrando como os conceitos, teorias e métodos evoluíram ao longo do tempo, oferecendo uma vista geral da literatura significativa.



## ***2. Metodologia***

A metodologia utilizada neste trabalho foi uma revisão da literatura, com o objectivo de realizar uma análise e descrição das disfunções sexuais femininas assim como o contributo da fisioterapia neste campo. Para tal, efectuou-se uma pesquisa nas bases de dados Medline, Science Direct, Web of Science, PubMed, sciELO, Pedro, livros, monografias, teses, sites, revistas científicas e jornais científicos.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador o material essencial à conceptualidade da investigação. (Fortin, 2003)

A análise da literatura visa igualmente explorar os métodos e os desenhos utilizados por outros investigadores para estudar um fenómeno similar. (Fortin, 2003)

Segundo Picheth (2006) esta pesquisa caracteriza-se como uma Revisão de Literatura, por trazer uma análise comentada do que já foi escrito sobre o papel da fisioterapia a disfunção sexual feminina mostrando os pontos de vista convergentes e divergentes dos autores

Uma revisão da literatura mostra portanto, um conjunto de trabalhos sobre um mesmo tema, no qual ressaltam os elementos comuns e divergentes.

Relativamente à pesquisa efectuada nas bases de dados, foram utilizadas palavras-chave para se obter toda a informação que era considerada necessária à elaboração deste trabalho.

Deste modo, foram usados 10 artigos das bases de dados supracitados. Quanto ao seu tipo, foram encontrados RCT's, estudos de caso e revisões sistemática.



## 3. A MULHER E A SEXUALIDADE

### 3.1 A SEXUALIDADE

Os pioneiros no estudo da sexualidade humana foram os médicos Havellock Ellis e Alfred Kinsey, na primeira metade do século XX, e posteriormente os fisiologistas Masters e Johnson e Helen Kaplan. A partir das suas publicações, muito se tem avançado, porém de forma lenta e gradual (Bragonier, 1994, Montgomery, 2002, Reading, 1994).

É da autoria de Kinsey o mais famoso relatório sobre a sexualidade humana. O Relatório Kinsey, assim denominado, foi amplamente elaborado com perguntas íntimas sobre sexo e como os americanos se comportavam na cama, um facto jamais imaginado, ou pelo menos publicado, até o ano de 1948 (Ferreira, 2004).

Nas décadas de 40 e 50 Alfred Kinsey desenvolveu o seu trabalho e muito desvendou sobre a prática sexual americana, porém, a repressão social vivida na época fê-lo hesitar em publicá-lo (Bragonier, Reading, 1994).

Em 1954, anos depois do proposto por Alfred Kinsey, o fisiologista Bill Masters iniciou o seu projecto de pesquisa, cujo objectivo era ir além da investigação sobre a reprodução humana. Masters quis desvendar os mistérios do prazer sexual.

Para tal, criou um pénis de plástico acoplado a uma roda de ferro, com uma câmara no seu interior. Ao passo que a mulher, deitada na cama, girava a roda, o pénis penetrava-a e, então, era possível observar, pela primeira vez, a anatomia interna da vagina (Burgierman et al, 2003).

Ainda insatisfeito com a pesquisa, Masters foi mais além: recrutou homens e mulheres casados e outros casais que nunca se tinham encontrado antes, para submeter-se a práticas sexuais e trocas de carícias numa sala reservada, durante semanas. O objectivo era comparar a resposta fisiológica de cada reacção nos dois grupos, e para tal, fez uso de dispositivos conectados a ambos, com intuito de aferição da frequência cardíaca, frequência respiratória e transpiração durante essas actividades. Para um resultado convincente, as práticas deveriam ser reais e completas, o que incluía masturbação e sexo oral (Burgierman et al, 2003).

O trabalho de Masters foi concluído com o apoio da fisiologista Virgínia Johnson, sua esposa. Posteriormente, em associação aos achados do Relatório Kinsey, a publicação da pesquisa do casal fez legitimar a fisiologia da resposta sexual humana, em 1966 (Bragonier, Reading, 1994).

Naquele ano, uma pesquisa deste nível era extremamente inadequada, pois a masturbação era pecado, e o prazer sexual não era assunto para ser discutido em qualquer lugar. Não se podia falar em impotência, anorgasmia, frigidez, ejaculação precoce, tão pouco em variação das posições sexuais. Tais proibições eram ressaltadas em especial para as mulheres, pois a sociedade não lhes permitia demonstrar as suas preferências sexuais, induzindo-as ao silêncio de forma não expressar qualquer sinal de prazer sexual (Burgierman et al, 2003).

Antes da ascensão do Feminismo e da Revolução Sexual, na década de 60, as mulheres eram totalmente reprimidas pela sociedade no que toca à sua sexualidade, pois cresciam no conceito de sexo como uma obrigação conjugal, com finalidade apenas reprodutiva (Medeiros, Braz, Brongholi, 2004).

Chama-se a atenção para o facto de o sexo ser um acto fisiológico tão transcendental e, paradoxalmente, tão evidente nos textos de fisiologia, a ponto de encontrarmos uma menção superficial e circunstancial apenas. Tal facto pode ter sido motivado pela forte cultura ocidental, que preconiza o sexo como algo proibido, vergonhoso e sujo. (Fisher, 1975 citado por Douglas, 2000)

Segundo Douglas (2000), as raízes para tal conceituação são complexas e remontam à antiga cultura egípcia, passando pelo povo judeu e, posteriormente, pelo cristianismo. Para o autor, foi o cristianismo o responsável pela intensificação do conceito de sexo como algo proibido e pecador, sob um ponto de vista estritamente cultural, social e até político. O objectivo seria evitar exageros na sua prática, impedindo riscos de uma actividade sexual impulsiva, como tentativa de manter o equilíbrio do continente populacional, evitando confusão e descontrolo social.

Falar sobre sexualidade ainda hoje é um tabu enraizado ao contexto social do qual participamos, principalmente quando se estende à classe feminina. Os estudos

existentes sobre a sexualidade apresentam ainda uma carência em desvendar os mistérios que envolvem o sexo feminino; o estudo da sua anatomia mostra-se insatisfatório, as suas disfunções são encaradas como algo irrelevante, e o desejo e orgasmo da mulher por vezes chegam a ser incógnitos (Boylan, 1980 citado por Rodrigues, 2001).

Saadeh (2004) deixa explícito que apenas no século passado o orgasmo feminino tornou-se alvo da ciência, principalmente da ciência médica, sendo anteriormente considerado de todo místico. Em relação ao aparecimento da pílula anticoncepcional, feminismo e revolução sexual dos anos 60, relata que os homens, a partir de então, passaram a sentir-se responsáveis pelo prazer ou orgasmo de suas companheiras, e as dificuldades que a mulher enfrenta hoje estão vinculadas à virgindade retardada, obrigatoriedade do orgasmo e desejos sexuais reprimidos, o que acarreta problemas sexuais.

O estudo da sexualidade da mulher, coordenado pela psiquiatra Carmita Abdo, do Projecto Sexualidade do Hospital das Clínicas de São Paulo aponta que as queixas de falta de desejo, ausência de orgasmo, dificuldade de chegar à excitação e dor durante a relação sexual, afectam e atrapalham a vida sexual de 54% da população feminina. Especialistas acreditam que estes distúrbios no prazer sexual feminino devem - se ao facto de que grande parte das mulheres ainda desconhece o seu próprio corpo, factor dificilmente encontrado nos homens (Oyama, 2004).

Oyama (2004) afirma ainda que um factor meritório de destaque, pela sua grande relevância é o facto de o homem saber lidar melhor com o seu corpo, pois sempre pôde ver tocar e sentir os seus órgãos genitais, não só pela educação familiar, como também pela própria localização anatómica facilmente visualizada, diferente da mulher, cuja vagina localiza-se internamente.

Na puberdade, o desejo sexual intensifica-se, porém, é comum observar jovens que iniciam prática sexual com dúvidas, inseguranças e culpas. O facto pode ser decorrente da falta de diálogo e informação sobre o próprio corpo e sobre os aspectos gerais que envolvem a sexualidade. Esse desconhecimento pode levar,

particularmente a mulher, a envolver-se em situações de ausência de prazer (Silva et al, 1982 citado por Canella, 1998).

Além das consequências negativas trazidas por uma actividade sexual desagradável, como a depressão, angústias, raiva por motivos irrelevantes e brigas constantes, a mulher pode chegar a um quadro de verdadeira aversão sexual, pela falta de prazer, podendo ter relações sexuais dolorosas, ou mesmo evoluindo para um quadro de vaginismo (Rojtenberg, 2004).

Acredita-se que a preconização de exercícios perineais, descrita por Kegel na década de 50, possa solucionar o problema supracitado pela grande repercussão positiva que uma consciencialização do músculo perineal pode trazer (Rabelo, 2002 citado por Delvin, , Moreno, Webber, 2004).

Ainda novidade no ocidente, o períneo já era conhecido e explorado pelos taoístas da China há três milénios. Árabes e indianos possuíam complexos manuais de sexo, sempre valorizando a musculatura perineal. Não é sem motivos que o oriente possui as técnicas sexuais mais aprimoradas do mundo, a citar o kama sutra, pompoarismo e sexo tântrico (Leonardi, 1996 citado por Rodrigues, 2001).

Os especialistas ocidentais já aceitam o músculo pubococcígeo como responsável, em parte, pelo prazer sexual e acreditam que a consciência da sua existência e localização, bem como o fortalecimento deste pode levar as mulheres mais facilmente ao orgasmo, além de torna-los mais intensos. É facto que a consciência da musculatura perineal ainda está distante da realidade para a grande maioria das mulheres, colaborando assim para a dificuldade em reconhecer e identificar a origem da disfunção sexual como causa ou não de debilidade muscular (Lorius, 2000 citado por Alves, 2002).

Para Leonore Tiefer, sexóloga, o advento das pesquisas promovidas por Masters e Johnson só veio a aumentar os problemas sexuais, pois hoje o casal encara o orgasmo como uma obrigação, e não conseguem mais encarar o sexo como algo natural. Segundo a mulher, o orgasmo não é mais um direito, mas sim um dever. A guerra travada nos jornais, revistas, livros e filmes, tem se vindo a tornar uma imposição, como se a mulher que não tem orgasmo fosse inadequada, ultrapassada e reprimida.

Actualmente as mulheres sofrem a pressão social da obrigação de ter orgasmo, o que as leva a um grau elevado de ansiedade, factor claramente prejudicial para a sua obtenção. Criou-se, então, um novo problema sexual. (Burgierman et al, 2003)

Por repressão social, ou somente por desconhecimento da possibilidade de tratamento, poucas mulheres procuram auxílio médico. Faz-se importante mencionar a afirmação de Bragonier e Reading (1994) sobre a necessidade de uma arguição directa da actual situação sexual da mulher durante a avaliação urogenital, uma vez observada a resistência da paciente em fornecer voluntariamente a informação.

É facto, porém, que se não for interrogada, dificilmente será diagnosticada a presença de disfunção sexual (dispareunia, frigidez, anorgasmia, vaginismo), conseqüentemente, o tratamento não será feito, persistindo a mulher na desvantagem sexual em relação ao parceiro (Ferreira, 2004).

### **3.2. CONSIDERAÇÕES NEURO-ENDÓCRINAS SOBRE A SEXUALIDADE**

As funções e acções que o corpo apresenta são reguladas por dois sistemas principais de controlo: o sistema nervoso e o sistema endócrino (Guyton, 1998).

O sistema nervoso é dividido em duas porções: uma central (SNC) e outra periférica (SNP). No sistema nervoso central encontramos o cérebro e a medula espinhal. O cérebro compreende o prosencéfalo, tronco encefálico e os 12 pares de nervos cranianos. É no prosencéfalo que encontramos o sistema límbico, responsável pelas emoções e sensações de prazer, indispensável para a resposta sexual (KANDEL et al, 2000).

No tronco encefálico, mais precisamente no diencéfalo, vamos encontrar uma outra estrutura importante para a resposta sexual – o hipotálamo – cuja função é imperiosa na liberação hormonal (Cardoso, 2004, Kandel et al, 2000, Kolb, Whishaw, 2002).

O córtex cerebral (SNC) tem a autoridade de controlar de forma muito diligente a actividade sexual, podendo tanto inibi-la quanto facilitá-la (Douglas, 2000).

O sistema nervoso periférico subdivide-se em dois tipos: o autónomo (SNA) e o somático (SNS). O SNA regula todos os órgãos e glândulas internas do corpo. É composto por dois sistemas: o simpático e o parassimpático, trabalhando de maneira oposta. O SNS actua para activar o corpo e o parassimpático age para acalmá-lo (Kolb, Whishaw, 2002).

Em relação à medula espinhal, a porção inferior é fundamental para a função sexual. A erecção do clítoris é controlada por fibras parassimpáticas originadas nos segmentos S2 a S4 (Lundy-Ekman, 2000).

Segundo Douglas (2000), encontramos na medula o ponto nervoso final das vias eferentes do coito. Esta é a região efectora do acto sexual. Aqui estão localizados os motoneurónios que aumentam a mobilidade dos músculos pélvicos e bulbocavernosos durante o coito; são modulados principalmente pela testosterona.

Observamos a enervação dos órgãos reprodutores femininos, com destaque à porção terminal, ramificação do nervo pudendo. (Anexo A)

O sistema de controlo hormonal envolve o controlo das funções metabólicas corporais, alterando a permeabilidade da membrana celular, a actividade enzimática, podendo estimular a liberação de outras hormonas, além de activar genes específicos dentro do núcleo celular (Guyton, 1998 citado por Leite, Ribeiro, Silva, 2003).

Existem dois tipos principais de hormonas, os derivados do colesterol e os derivados das proteínas. Todas as hormonas sexuais são derivadas do colesterol (Leite, Ribeiro, Silva, 2003).

Em um resumo breve (Anexo B) são destacadas as acções das principais hormonas com função significativa na resposta sexual feminina, bem como as consequências trazidas pela alteração nas suas doses.

### 3.2.1 Os estrogénios

A palavra estrogénio vem do latim *oestro*, que significa “cio”, e *geros*, que significa “aquele que gera”. Como pode ser observada, a acção dos estrogénios está associada ao desejo sexual feminino. Determina a feminilidade, o amor, intuição, sonho, capacidade de análise e subjectividade, além de colaborar para o aumento da lubrificação vaginal, destacando-se o seu importante papel na RSF (Berenstein, 2001 citado por Leite, Ribeiro, Silva, 2003).

Segregados pelo folículo ovariano em desenvolvimento e mais tarde pelo corpo lúteo, os estrogénios são as hormonas responsáveis pelo crescimento e aumento de volume do útero e vagina. O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a recuperação do endométrio após a menstruação também estão sob efeito desta hormona. Ainda exercem controlo parcial sobre o desenvolvimento das mamas e sua função, tendem a aumentar a mobilidade do útero e a sua sensibilidade à ocitocina (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Lopes, Halbe, 1996 e Guyton, 1998).

Segundo Berenstein (2001), é durante a primeira fase do ciclo menstrual que a mulher mostra-se mais sedutora e atraente, manifestando a sua sexualidade e romantismo, factores ainda insuficientes para a iniciação da actividade sexual, pois para esta se activar-se, há necessidade de interacção com a testosterona. Um destaque deve ser dado à liberação de ferormonas nesta fase, tornando a pele da mulher mais cheirosa e atractiva, além de lisa e brilhante.

O autor supracitado afirma ainda que durante a fase dos estrogénios, a mulher pode apresentar sensação de ambiguidade, bom humor, maior compreensão do universo que a rodeia, disposição e vigilância, além da redução do stress e do apetite. Descreve que, por outro lado, uma mulher com deficiência na produção de estrogénios pode mostrar uma postura relaxada, sem cuidados com a aparência, depressão, medo, apreensão, irritabilidade, irresolução, insegurança e pessimismo.

Segundo Leite, Ribeiro e Silva (2003), o estrogénio é o responsável pela alteração do corpo feminino durante a puberdade. As alterações incluem o crescimento e desenvolvimento da vagina, útero e trompas de Falópio, modelagem dos contornos

do corpo feminino, aumento do tamanho dos seios, em razão do crescimento dos ductos, gordura e tecido conjuntivo, e pigmentação dos mamilos. Irregularidades no ciclo menstrual, atrofia do útero e mamas podem estar relacionados com a diminuição na secreção de estrogénios (Francone, Jacob, Lossow, 1990).

### **3.2.2 A Progesterona**

É produzida principalmente pelo corpo lúteo, favorece a menstruação, fecundação, transporte e implantação do óvulo fecundado até o útero, a manutenção da gravidez e a lactação. Para agir, a progesterona necessita da acção prévia dos estrogénios (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Berenstein, 2001).

Uma diminuição na sua secreção pode levar ao aborto espontâneo em mulheres grávidas e também a irregularidades menstruais, em mulheres que não estejam grávidas (Francone, Jacob, Lossow, 1990).

Berenstein (2001), afirma que na fase da progesterona, a mulher passa a adquirir atitudes maternas, protectoras, introspectivas, emotivas, e necessidades familiares maiores. Chora mais facilmente, a pele apresenta opacidade, e o peso corporal é reduzido, diminuindo também o odor feminino, pelo decréscimo na liberação de ferormonas. Segundo o autor, se em associação com a prolactina, a progesterona pode comprometer a RSF, por reduzir drasticamente o nível de desejo sexual.

Outras consequências da acção dessa hormona incluem a necessidade de dar e receber protecção, que caso não atinja às expectativas, pode levar à depressão e comportamento autodestrutivo.

### **3.2.3 Os Androgénios**

São encontrados em maior quantidade no sexo masculino (Guyton, 1997). Os androgénios são fabricados nos testículos, ovários e glândulas supra-renais. O principal androgénio e mais potente é a testosterona. Durante o desenvolvimento

embrionário, a testosterona é responsável pela diferenciação sexual (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Berenstein, 2001).

A testosterona é a hormona responsável pela programação inicial dos centros responsáveis pelo desejo sexual tanto do homem como da mulher, bem como pela manutenção do seu limiar de resposta. O desejo é controlado por um centro excitatório, sensível a dopamina, e um centro inibitório, sensível a serotonina, e a testosterona vai dosear o necessário para cada um em cada fase da resposta sexual feminina (Bragonier, Reading, 1994).

É sabido que a concentração de testosterona nos homens chega a ser vinte a trinta vezes maior que nas mulheres. Porém, a acção desta hormona é indispensável para a resposta sexual feminina, pois proporciona picos de desejo sexual do sétimo ao décimo sétimo dia do ciclo menstrual, além dos fluxos rápidos durante a excitação sexual (Berenstein, 2001).

#### **3.2.4 A Prolactina**

Além da sua acção na produção do leite - um facto que por muito tempo levou a acreditar que esta era a sua única função - a prolactina desenvolve uma influência significativa na performance sexual de homens e mulheres. Esta hormona aumenta o desejo sexual da mulher durante a gravidez, principalmente durante a amamentação, mas inibe a lubrificação vaginal da fase de excitação na resposta sexual feminina (Berenstein, 2001).

#### **3.2.5 A Adrenalina**

A adrenalina é libertada em situações de perigo e ameaça. Em grande quantidade, pode levar a stress, distúrbios do sono, enfarte agudo do miocárdio e fadiga crónica (Berenstein, 2001).

### **3.2.6 As Endorfinas**

A função das endorfinas é regular o eixo hipotálamo-hipofisário. Actuam nos sistemas cardiovascular e respiratório, proporcionam alívio da dor e intervém no estado de humor, actividades locomotoras e comportamento sexual. Podem levar a um aumento na ingestão de alimentos e água (Berenstein, 2001).

Para Berenstein (2001), as endorfinas diminuem as psicoses, previnem a depressão e reduzem o stress. Quando em quantidade deficiente, pode levar a quadros de ansiedade, insónia, irritabilidade, dores musculares e articulares. A prática de exercícios físicos e a actividade sexual podem aumentar a sua libertação no organismo.

### **3.2.7 A Serotonina**

A serotonina é a hormona responsável pela modulação do humor e do desejo sexual. Em grandes quantidades gera euforia, em quantidades muito baixas, leva a depressão. O seu extremo pode levar também à inibição do impulso sexual (Berenstein, 2001). Segundo Berenstein (2001), quanto mais intensa e satisfatória for a relação sexual, maior será a quantidade de serotonina libertada no organismo. É facto que tanto a inibição do impulso relacionado com a euforia e/ou depressão vão bloquear o desenvolvimento normal da resposta sexual feminina.

### **3.2.8 A Dopamina**

A dopamina é a hormona responsável por determinar o momento da cópula. (Douglas, 2000).

### **3.2.9 A Ocitocina**

É segregada pela neuro-hipófise e encontrada em todos os tecidos do corpo. Está ligada ao contacto físico. O pico ocorre durante o orgasmo, parto e amamentação (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Berenstein, 2001).

A ocitocina estimula o útero durante a fase de gestação na gravidez, além do poder de contracção uterina no final dela, exercendo assim uma função importante durante o trabalho de parto. Esta hormona também influencia na ejeção do leite materno durante a amamentação (Guyton, 1998).

A ocitocina está directamente ligada a resposta sexual feminina, principalmente porque a forma mais simples e comum de estimular a sua produção faz-se durante a actividade sexual, momento em que se tem maior contacto físico (Berenstein, 2001).

### **3.3. BASES ANATÓMICAS DO PAVIMENTO PÉLVICO**

Grosse e Sengler (2002) destacam a importância do fortalecimento muscular do PP na função sexual feminina, especialmente do músculo elevador do ânus, responsável pela dinâmica vaginal, que favorece a relação continente/conteúdo durante a penetração do pénis. O controlo sobre o músculo supracitado é obtido com o biofeedback e Fisioterapia, o seu reforço melhora a qualidade das relações sexuais. As estruturas descritas a seguir compreendem o pavimento pélvico e períneo, órgãos internos e estruturas externas do sistema genital feminino.

#### **3.3.1 Pavimento Pélvico**

##### **3.3.1.1 Plano muscular profundo**

Constitui o diafragma pélvico principal, formado pelos músculos ísquiococcígeo e elevador do ânus. Separa a pelvis do períneo, (Grosse, Sengler, 2002 citado por Cardoso, Rubinstein, 2004). (Anexo C)

- Músculo ísquiococcígeo (coccígeo)

Tem origem na espinha isquiática (Cardoso, Rubinstein, 2004) e ligamento sacroespinal. (Moreno, 2004, Warwick, Williams, 1979), e inserção no sacro e cóccix.

- Músculo elevador do ânus

O elevador do ânus, além de ser o maior, é um músculo que merece destaque por manter a contenção visceral, ser intrínseco no acto sexual, além de promover a continência fecal e urinária (Ferreira, 2004).

Morfológicamente, divide-se em íliococcígeo e pubococcígeo, sendo este último subdividido no músculo puborretal e músculo pubovaginal, ambos exercendo papel fundamental na resposta sexual feminina (Grosse, Sengler, 2002 citado por Cardoso, Moreno, Rubinstein, 2004). (Anexo D)

- Músculo íliococcígeo

O músculo íliococcígeo consiste na parte posterior do músculo elevador do ânus, e juntamente com o músculo pubococcígeo forma uma cinta que envolve o reto na sua junção com o canal anal. (Baracho, Grosse, Sengler, 2002; citado por Cardoso, Rubinstein, 2004). Recebe enervação do nervo sacral (S3 e S4) (Moreno, 2004).

- Músculo pubococcígeo

O músculo pubococcígeo recebe vários nomes específicos de acordo com o local aonde se vai inserir durante seu percurso. Possui dois ramos musculares: músculo puborretal e pubovaginal. (Dângelo, Fattini, 1997). É o mais citado nas mais diversas literaturas sobre a musculatura vaginal, principalmente na promoção de prazer sexual, um diferencial na performance sexual feminina. Diversas técnicas surgiram com as mais variadas formas de fortalecer o músculo pubococcígeo, sobretudo por estar directamente relacionado ao poder de contracção da vagina durante o acto sexual. É enervado pelo nervo sacral (S3 e S4) (Moreno, 2004).

➤ Músculo puborretal

Constitui um feixe muscular espesso, inferiormente (Dângelo, Fattini, 1997, Cardoso, Rubinstein, 2004). Origina-se no arco tendíneo e insere-se ao longo do contorno

posterior do canal anal. (Dângelo, Fattini, 1997). O músculo puborretal é enervado pelo nervo sacral (S3 e S4) (Moreno, 2004).

➤ **Músculo pubovaginal**

O pubovaginal possui duas ramificações e vai da púbis ao canal vaginal (Alves, 2002). As duas partes musculares do pubovaginal unem-se para envolver o terço inferior da vagina. Tem origem na sínfise púbica para se inserir na uretra, vagina e centro tendíneo do períneo. Recebe enervação do quarto ramo ventral sacral (Cardoso, Rubinstein, 2004).

<b>MUSCÚLOS DO DIAFRAGMA PÉLVICO</b>		
<b>M. ÍSQUIOCOCCÍGEO</b>		
<b>M. ELEVADOR DO ÂNUS</b>	M. Pubococígeo	M. Pubovaginal
	M. Íliococígeo	M. Puborretal

**Tabela 1. ESQUEMA MUSCULAR DO DIAFRAGMA PÉLVICO - Fonte:**  
Adaptado de Cardoso e Rubinstein (2004)

**3.3.1.2 Plano muscular médio**

- Transverso profundo do períneo

Grosse & Sengler (2002), Cardoso & Rubinstein (2004), afirmam que o músculo transverso profundo do períneo representa uma sustentação visceral, estabiliza o

centro tendíneo do períneo, fecha o hiato urogenital e ainda actua na erecção. A enervação faz-se pelo ramo perineal do nervo pudendo. (Anexo E)

### 3.3.1.3 Plano muscular superficial

Uma linha transversa sobre as tuberosidades isquiáticas, divide esta região perineal em duas zonas: a) região ou trígono urogenital e b) região ou trígono anal. Entre uma e outra, encontramos o centro tendíneo do períneo (Grosse e Sengler, 2002 citado por Moreno, 2004).

#### a) Trígono urogenital

- Bulboesponjoso, bulbocavernoso ou constritor da vagina.

O músculo bulboesponjoso, também chamado bulbocavernoso ou constritor da vagina, que juntamente com o ísquiocavernoso, reveste a raiz do clitóris, circunda o óstio da vagina e reveste o bulbo do vestíbulo. Tem origem no centro tendíneo do períneo. A sua inserção está no nível da fáscia do bulbo do vestíbulo (Cardoso e Rubinstein, 2004), corpos cavernosos do clitóris (Moreno, 2004) e na base clitoriana (Baracho, 2002). Este músculo reduz o tamanho do óstio da vagina e comprime a veia dorsal profunda do clitóris, auxiliando na erecção. A sua enervação vem do ramo perineal do nervo pudendo (S2 a S4). Tem acção voluntária, sendo constritor da vagina, além de fixar o bulbo do vestíbulo no diafragma urogenital (Baracho, 2002 citado por Moreno, 2004); Baracho (2002) afirma que o músculo bulbocavernoso permite à glândula de Bartholin segregar muco para o interior da vagina, quando em contracção voluntária, um factor importante para a fase de excitação da resposta sexual feminina.

- Ísquiocavernoso

Este músculo reveste o ramo do clitóris. Com a sua contração é possível obter a erecção clitoriana, um factor primordial no processo de accionamento da actividade sexual (Ferreira, 2004).

Origina-se na tuberosidade isquiática e insere-se na túnica albugínea dos corpos cavernosos, raiz do clítoris e centro tendíneo do períneo. É enervado pelo ramo perineal do nervo pudendo (S2 a S4) e tem como função fixar os ramos do clítoris aos ramos do ísquio e púbis, comprimir o clítoris e manter a sua erecção (Baracho, Grosse, Sengler, 2002 citado por Moreno, 2004).

- Transverso superficial do períneo

A sua função é proteger o músculo elevador do ânus e estabilizar o núcleo central do períneo, auxiliando o músculo transverso profundo do períneo (Grosse, Sengler, 2002 citado por Moreno, 2004).

- Constrictor da vulva

Segundo Grosse e Sengler (2002), o constrictor da vulva não possui individualidade própria. É extremamente dependente dos demais músculos vaginais. A sua função é contrair a vagina. (Grosse, Sengler, 2002) (Anexo F)

b) Trígono anal

- Esfíncter externo do ânus

O esfíncter externo do ânus é um músculo em forma de anel, constituído por musculatura estriada esquelética que circunda o canal anal em toda a sua extensão. A sua função é contrair o ânus, voluntariamente, e manter a continência fecal (Baracho, 2002; citado por Cardoso, Moreno, Rubinstein, 2004).

### **3.3.1.4 Centro tendíneo do períneo**

O centro tendíneo do períneo, também chamado núcleo fibroso central do períneo (NFPCP), é uma região fibroconjuntiva que serve como ponto de apoio e sustentação de todas as camadas musculares. Está situado entre a parte posterior da fúrcula vulvar e o esfíncter anal. É a resistência do PP (Grosse, Sengler, 2002 citado por Moreno, 2004).

<b>ESTRUTURAS PERINEAIS</b>		
<b>TRÍGONO ANAL</b>		Músculo Esfíncter externo do ânus
<b>CENTRO TENDÍNEO DO PERÍNEO</b>		
<b>TRÍGONO UROGENITAL</b>	<b>DIAFRAGMA UROGENITAL</b>	Músculo Bulboesponjoso
		Músculo Ísquiocavernoso
		Músculo Transverso superficial do períneo
		Músculo Transverso profundo do períneo
		Esfíncter externo da uretra

**Tabela 2. DIVISÃO ESQUEMÁTICA DAS ESTRUTURAS PERINEAIS -**  
Adaptado de Moreno, 2004.

### 3.3.2 Órgãos Internos do Sistema Genital Feminino

Segundo Netter (2001), o sistema genital feminino é constituído internamente por dois ovários, Trompas de Falópio, útero e vagina, como poderá ser visto no Anexo G.

Os ovários são duas estruturas ovais, com cerca de 4cm de comprimento, situados um a cada lado do útero, para trás e para baixo das trompas de Falópio (Polden, 2002).

As trompas uterinas (ou Trompas de Falópio) são dois tubos musculares flexíveis, em forma de corneta, de comprimento variável entre 10 e 12cm, e diâmetro entre 2 e 4 mm na região apolar. As trompas conectam os ovários ao útero. Fazem a comunicação entre a cavidade uterina e a peritoneal. Está suspensa por uma prega de ligamento largo, chamada mesossalpinge (Francone, Jacob, Lossow, 1990; citado por Polden, 2002).

O útero é um órgão ímpar, mediano, parcialmente móvel, oco, com o formato de uma pêra invertida, com peso de aproximadamente 50 gramas. Suas dimensões são variáveis, de 6,5 a 9cm de comprimento, e 3 a 6cm de largura, com 4cm de espessura. Localiza-se posteriormente à bexiga e anteriormente ao reto. (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Baracho, Polden, 2002).

A sustentação do útero na pelve é feita pelo par dos seguintes ligamentos: 1) ligamento redondo, 2) ligamento uterossacro, 3) ligamento largo e 4) ligamentos cardinais ou cervicais transversos (Baracho, 2002). (Anexo H)

A vagina é o órgão feminino da cópula. Consiste num canal tubular músculo-membranoso, elástico, estendendo-se do vestíbulo até o útero, orientada para cima e para trás. O seu comprimento gira em torno de 8 a 15cm, com 4cm de diâmetro, aproximadamente. Situa-se entre a bexiga e o recto, estando unida ao útero via cérvix, sustentada principalmente pelos ligamentos cervicais transversos e músculos do pavimento pélvico (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Baracho, Polden, 2002).

As paredes são pregueadas, em íntima sobreposição, e encontram-se normalmente coligadas formando um tubo colapsado, quando em estado de repouso. A vagina é capaz de distender-se tanto para adequar o pénis, durante o acto sexual, assim como para a passagem do feto no trabalho de parto normal (Francone, Jacob, Lossow, 1990).

A sustentação da vagina pode ser observada no (Anexo I). As paredes vaginais possuem um revestimento membranoso interno e uma camada muscular capaz de contracção e enorme dilatação, separada por uma camada de tecido erétil. A membrana mucosa forma as espessas pregas transversas que se mantêm humedecidas pelas secreções cervicais (Francone, Jacob, Lossow, 1990).

A cada lado do óstio vaginal, estão localizadas duas glândulas vestibulares maiores (glândulas de Bartholin) (Anexo L), aprofundando-se nos músculos perineais. Elas elaboram uma secreção mucosa que age como lubrificante durante a relação sexual (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Moore, 1994).

Ainda lateralmente ao óstio da vagina, profundamente aos músculos bulboesponjosos, encontramos uma estrutura denominada bulbo do vestíbulo. São duas grandes massas alongadas de tecido eréctil, com cerca de 3cm de comprimento. (Moore, 1994).

### **3.3.3 Órgãos Reprodutores Femininos Externos (Anexo J)**

Os órgãos reprodutores femininos externos englobam os órgãos visíveis da púbis até ao períneo, sendo constituída pelo monte de púbis, grandes lábios, pequenos lábios, vestíbulo e clítoris (Netter, 2001).

Para Jacob, Francone & Lossow (1990) o conjunto dos órgãos reprodutores femininos externos é conhecido como vulva, o qual inclui o monte de púbis, lábios menores, lábios maiores, clítoris, glândulas vestibulares maiores e hímen.

O monte de púbis (ou Monte de Vénus) é uma elevação firme e acolchoada de tecido adiposo sobre a sínfise púbica, coberta por pêlos na puberdade (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Baracho, 2002).

Os grandes lábios envolvem a fenda vulvar a partir do monte de púbis, direccionando-se para baixo e para trás (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Baracho, 2002).

Consistem em duas pregas longitudinais de pele, arredondadas. Assim como o monte de Vénus, os grandes lábios são compostos por tecido adiposo, além de glândulas sebáceas, também cobertos por pêlos na superfície externa superior. As superfícies internas são lisas e (Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Baracho, 2002).

Os pequenos lábios localizam-se na parte interna dos grandes lábios, e estão unidos ao clítoris, superiormente (Bracho, 2002).

Anteriormente, os lábios menores são divididos em duas camadas. As pregas superiores estão unidas à frente do clítoris para formar o prepúcio do clítoris; as inferiores, conectadas à glande do clítoris, formam o frênulo. Posteriormente, as suas

extremidades unem-se a uma prega transversal de pele chamada frênulo dos lábios menores (Francone, Jacob, Lossow, 1990).

O clítoris é um órgão erétil, cilíndrico e pequeno (cerca de dois a três centímetros de comprimento). Para Jacob, Francone & Lossow (1990), citado por Baracho (2002) é uma estrutura homóloga ao pénis. Segundo Moore (1994) esta afirmação é incorrecta, pois embora tenha papel sexual importante, não possui função reprodutora ou urinária. Ocupa a porção apical do vestíbulo anteriormente à vagina. É parcialmente recoberto pelas extremidades anteriores dos lábios menores e altamente sensível à estimulação táctil. Possui importante papel na excitação sexual da mulher ((Francone, Jacob, Lossow, 1990 citado por Moore, 1994).

É composto de dois pilares, um corpo e uma glande. Apenas a glande do clítoris pode ser visualizada externamente, entre a bifurcação dos pequenos lábios (Baracho, 2002).

Francone, Jacob & Lossow (1990) definem o vestíbulo da vagina como uma fenda entre os pequenos lábios. Inferiormente à fenda do vestíbulo estão o hímen, o óstio vaginal, o óstio externo da uretra e as aberturas das glândulas vestibulares maiores. O óstio da uretra localiza-se posteriormente ao clítoris e imediatamente anterior ao óstio da vagina. Este último ocupa a porção maior dos dois terços posteriores do vestíbulo. O hímen é uma membrana mucosa, delgada e vascularizada, que separa a vagina do vestíbulo. Reveste o óstio vaginal total ou parcialmente, podendo romper-se com a penetração vaginal. Algumas vezes o hímen pode ser ausente, mostrando que, anatomicamente, não deve ser considerado um critério para virgindade (Francone, Jacob, Lossow, 1990)

### 3.4. FISILOGIA DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA

De uma maneira geral, os sexólogos têm dividido os ciclos da resposta sexual feminina (RSF) em quatro fases: excitação, plateau, orgasmo e resolução, sempre baseados nas descrições feitas por Masters e Johnson, que posteriormente foram ampliadas por Helen Kaplan. Estas fases correlacionadas principiam no interesse sexual, gerador da excitação e culminam numa fase de resolução, onde todas as alterações consequentes do acto sexual regridem ao seu estado normal. É sabido, porém, que as sensações e a intensidade de cada fase podem variar de uma pessoa para outra, bem como a sequência em que poderão se apresentar. A resposta sexual na mulher sofre variações dependentes do estado de humor, saúde ou mesmo do parceiro com quem compartilha o momento (Back, 2004).

Para Guyton (1998), o acto sexual feminino não depende apenas da estimulação local dos órgãos sexuais, mas sim da resposta a uma interacção destes com factores psíquicos, pois sem essa união, a realização pessoal efectiva não se faria. É o que explica o poder dos pensamentos eróticos no despertar desejo sexual, complementando a realização do acto sexual. É facto que a actividade sexual promove alterações significativas nos órgãos pélvicos, musculatura do PP, bem como em todos os grupos musculares do corpo. Compromete ainda a fase de ventilação perfusão. Disto resulta um aumento do volume respiratório/minuto, do volume cardíaco/minuto e da pressão arterial sistémica. Essas alterações cárdio-respiratórias mostram-se presentes em todas as fases da RSF, porém atingem um patamar máximo durante a fase do orgasmo (Douglas, 2000).

Back (2004), baseada nas descrições de Masters e Johnson e Helen Kaplan, enumera e detalha cada uma das quatro fases da RSF, acrescentando a esta mais uma fase, que acredita ser o princípio de tudo: a fase do desejo. Logo, enumera as fases em: 1) Desejo, 2) Excitação, 3) Plateau, 4) Orgasmo e 5) Resolução.

Segundo Bragonier e Reading (1994) cada uma das fases da RSF é mediada por circuitos neuronais diferentes, o que explica a disfunção de uma das fases não alterar

necessariamente as demais. Assim, uma mulher pode não experimentar orgasmos, apesar do desejo e excitação sexual mostrarem-se presentes.

Para a psicologia, a actividade sexual apresenta-se dividida em apenas três fases: o desejo, a excitação e o orgasmo. Ballone (2004) diz que o desejo sexual humano vai além de simples “pulsões fisiológicas”, como é o caso da fome ou sede.

As divisões propostas pelos investigadores tratam-se apenas de meros artifícios didácticos aplicados para que haja uma melhor compreensão dos mecanismos neurofisiológicos modificados frente à estimulação sexual.

### **3.4.1 Fase de Desejo**

A fase do desejo é assinalada pelo impulso sexual, que vai funcionar como um ponto-gatilho para a excitação. Aqui, os órgãos do sentido vão levar esses impulsos sexuais, independente da origem do estímulo (audição, olfacto ou tacto), para o córtex cerebral e sistema límbico, levando a mulher à excitação. A acção das hormonas e dos neurotransmissores nesta fase são de extrema relevância (Back, 2004).

Os sinais sensoriais sexuais são transmitidos aos segmentos sacrais da medula espinhal pelo nervo pudendo e plexo sacral. Em seguida, são transmitidos ao cérebro. Os reflexos locais na porção lombar e sacral da medula são em parte responsáveis pelas reacções sexuais femininas (Bragonier & Reading, 1994 citado por Guyton, 1998).

O desejo sexual feminino tem o seu pico na fase ovulatória do ciclo menstrual, período em que as condições orgânicas estão reunidas para que o óvulo seja fertilizado. Para Guyton (1998), o auge do desejo dá-se em resposta aos elevados níveis da secreção de estrogénios durante o período pré-ovulatório. Para Silva, Leite e Ribeiro (2003), isso acontece como resultado não só do estrogénio, mas sim da acção conjunta deste com a testosterona e a progesterona. Afirma ainda que o estrogénio aumenta a feminilidade sim, porém não determina precisa e

individualmente a atracção sexual pelo parceiro, reafirmando a importância das outras hormonas.

Segundo Guyton (1998) as mensagens captadas pela estimulação da região perineal, dos órgãos sexuais e das vias urinárias vão dar origem às sensações sexuais. Um destaque é dado à glândula do clítoris, órgão particularmente sensível ao desencadeamento destas sensações.

Para Vilela (2004) o despertar deste impulso sexual deve se à acção imperiosa dos neurotransmissores, em destaque a feniletilamina, cuja activação fica explícita nas eventualidades em que carícias e beijos levam o homem à erecção do pénis e a mulher à lubrificação vaginal. Guyton (1998) diz que o desejo sexual feminino é baseado em factores importantes, como a experiência prévia da mulher e a implicação pessoal trazida desta relação. Outro facto dá-se pela pulsão sexual e fisiológica, pois a secreção de hormonas sexuais aumenta efectivamente, complementando a RSF. Ballone (2004) difere o desejo sexual das simples pulsões fisiológicas, como fome ou sede. Para ele, há uma interacção contínua de três componentes: 1) biologia, 2) psicologia e 3) socialização.

### **3.4.2 Fase de Excitação**

A fase de excitação na mulher, geralmente não nos parece tão visível quanto a excitação masculina, caracterizada pelo aumento do volume do pénis. Aqui, o sistema neurovegetativo vai preparar os genitais para o acto sexual, e é uma fase marcada pela tumescência e lubrificação vaginal, sendo estes indispensáveis para um coito confortável (Halbe, 2000).

A estimulação táctil dos órgãos sexuais e de outras zonas erógenas desencadeia, através de reflexos medulares, impulsos parassimpáticos que promovem dilatação das arteríolas de toda a genitália. A dilatação das arteríolas, por sua vez, traz como consequência o aumento do fluxo sanguíneo local, provocando uma vasocongestão (Bragonier & Reading, 1994 citado por Quintas, 2002).

A vasocongestão ocorre em torno de dez a trinta segundos após uma estimulação sexual efectiva. Esse aumento do fluxo sanguíneo provoca um rubor generalizado, além das alterações vaginais locais, indispensáveis para uma penetração natural e de prazer. Os grandes e pequenos lábios apresentam edema local, alteração que também ocorre com o clítoris, e este ainda se mostra enrijecido e com o volume aumentado. O útero também aumenta de volume, e ainda sofre uma elevação em relação á sua posição inicial. Simultaneamente, a parte posterior da vagina, antes encolhida, alonga, alarga, distende e incha, para acomodar melhor o pénis. As paredes vaginais sofrem uma mudança lenta de cor, que passa de vermelho-púrpura para vermelho-escuro, além de apresentar significativa lubrificação consequente ao transudado. O pavimento pélvico entra em miotonia (Masters, Johnson, 1988 citado por Quintas, 2002 e Back, 2004).

Outra consequência da vasocongestão é a redução do diâmetro do terço inferior da vagina, em até 1/3 do seu estado normal de não excitação, possibilitando a perfeita adaptação dessa região ao diâmetro do pénis, independente das dimensões desse órgão. Por outro lado, há uma expansão e dilatação dos dois terços posteriores do canal vaginal, quando o colo e o corpo do útero são empurrados, vagarosamente, para trás e para cima, para o interior da falsa pelve, criando um espaço onde será depositado o sémen oriundo da ejaculação do parceiro (Halbe, 2000).

Sobre a lubrificação vaginal, Quintas (2002) afirma que o processo dá-se pelo acumular de muco segregado pelas paredes vaginais em resposta ao aumento da tensão sexual e vasocongestão, um resultado da passagem do transudado através das paredes da vagina, consequência da dilatação acentuada do plexo venoso circunvaginal. As gotas deste material mucóide, antes espalhadas na vagina, agregam-se formando uma camada leve e brilhante por todo o canal vaginal. Para Guyton (1998), as glândulas de Bartholin, localizadas bilateralmente sob os pequenos lábios, influenciadas pelos sinais parassimpáticos, produzem muco dentro do canal vaginal, o que juntamente com o transudado das paredes vaginais, vai complementar a lubrificação vaginal.

O estrogénio é a hormona responsável pela ocorrência da transudação e lubrificação vaginal, e a sua deficiência pode gerar transtorno na fase de excitação da resposta sexual feminina (Bragonier, Reading, 1994).

O músculo bulboesponjoso tem acção importante na fase excitatória, estendendo-se para todas as demais fases da RSF. Segundo Guyton (1998) este tecido erétil, também controlado pelos nervos parassimpáticos, dilata-se nas fases iniciais da estimulação sexual possibilitando um rápido acúmulo de sangue, levando a constrição do intróito vaginal.

A lubrificação tem como finalidade facilitar a penetração do pénis, além de neutralizar o pH normalmente ácido da vagina, para assim permitir a sobrevivência dos espermatozóides (Masters, Johnson, 1988 citado por Quintas, 2002).

Segundo Guyton (1998) a lubrificação vaginal é indispensável para uma RSF satisfatória, pois promove um deslizamento do pénis no intróito vaginal durante o coito, descartando assim a sensação incomodativa provocada por uma vagina seca.

Com o aumento da tensão sexual, podemos observar também reacções fisiológicas extra vaginais. Estas alterações atingem primeiramente os seios, que começam a intumescer, tornando os mamilos erectos, factor decorrente da contracção involuntária das fibras musculares presentes, podendo determinar um aumento em torno de 0,5 a 1,0 cm no seu tamanho. Há ainda, uma maior extensão da sua rede venosa (Masters, Johnson, 1988 citado por Quintas, 2002).

Halbe (2000) e Quintas (2002) apresentam outra reacção extra vaginal em resposta ao elevado nível de excitação, como o aparecimento frequente de erupções maculo papilares (manchas rosadas), inicialmente no epigastro e posteriormente seguindo-se para os seios, consequência da reacção congestiva superficial. Os autores denominam tal alteração de rubor sexual, que se manifesta em 75% das mulheres.

A intensidade e as formas de distribuição do rubor sexual são variáveis. Masters e Johnson (1988) afirmam que o rubor sexual atinge sua maior distribuição e intensidade de cor no final da fase de excitação.

### 3.4.3 Fase de Estabilização (Plateau)

Uma fase de destaque na resposta sexual feminina (RSF) é definida como estabilização ou plateau, caracterizada por um estado de prazer máximo, antecedente ao orgasmo. É um período relativamente curto, seguido quase imediatamente pela fase orgásmica. Nesta fase, todas as alterações ocorridas no desejo e excitação são amplificadas e intensificadas. Aqui observamos a congestão máxima da musculatura do PP e dos órgãos sexuais, e as alterações mantêm um patamar máximo, caso o estímulo sexual efectivo persista, tornando o indivíduo apto a atingir o orgasmo (Halbe, 2000 citado por Quintas, 2002).

O seu tempo de duração é variável, não diferindo das demais fases. É facto que o parceiro sexual, a eficácia dos estímulos sexuais, bem como o ambiente em que se encontram, tem correlação directa com o nível de tensão sexual, e os estímulos sexuais promovidos neste momento, podem ou não responder satisfatoriamente às expectativas da mulher (Quintas, 2002).

A fase de plateau tem como característica o intumescimento do terço externo da vagina, uma congestão máxima que configura a plataforma orgásmica. Observa-se ingurgitamento dos pequenos lábios, passando a adquirir uma cor arroxeada e o útero eleva-se ainda mais. Há aumento dos pequenos lábios (Halbe, 2000 citado por Back, 2004).

Para Masters e Johnson (1988) e Back (2004) o corpo e a glande do clítoris sofrem uma retracção milimétrica da sua posição, antes protuberante na fase de excitação. Já Quintas (2002) descreve uma elevação do corpo do clítoris.

Sobre o rubor sexual, além daquelas anteriormente descritas, outras áreas são afectadas, como ombros, pescoço, rosto, coxa, nádegas, epigastro e costas (Masters, Johnson 1988 citado por Quintas, 2002).

Segundo Quintas (2002), a vasocongestão profunda, persistente nesta fase, promove alterações mamárias de grande relevância, a citar o crescimento das aréolas sobre o mamilo erecto, factor decorrente da grande tumescência. Eventualmente, pode

ocorrer aumento no tamanho dos seios no momento em que a tensão sexual atinge seu patamar máximo. Há aumento da tensão de todos os grupos musculares, voluntários e involuntários. Aumentam também a pressão sistólica e os batimentos cardíacos. Há contração semi-espasmódica dos músculos intercostais, faciais e abdominais (Halbe, 2000).

#### **3.4.4 Fase de Orgasmo**

A mais complexa fase da resposta sexual humana seja ela masculina ou feminina, é a fase de orgasmo; principalmente pelo seu carácter abrangente e a sua definição ser absolutamente particular. Cada pessoa tem um modo único e diferenciado de descrever o máximo prazer sexual (Boylan, 1980). Além da resposta vaginal local, existem inúmeras reacções extra vaginais, o que torna o orgasmo um enredado que une corpo, mente, espírito, e tudo o que mais houver entre um e outro, numa malha de sensações e reacções absolutamente distinta de pessoa para pessoa (Ferreira, 2004).

Há ocorrência de contracções musculares (clones) reflexas dos músculos vaginais, perineais e do útero. Essas contracções ocorrem em intervalos de 0,8seg e são visíveis na plataforma orgástica. O clítoris fica mais sensível ao toque. Há ainda a contracção do esfíncter externo do ânus e a expansão máxima da parede vaginal posterior (Masters, Johnson, 1988 citado por Soucasaux, Furlani, 2004).

Bragonier & Reading (1994) afirmam que as contracções (clones) reflexas ocorrem ao nível do anel elevador e da musculatura genital a ele relacionada, principalmente sob acção do sistema nervoso simpático. Muito se tem discutido sobre as afirmações freudianas acerca da existência de dois tipos de orgasmo feminino: um clitoriano e outro vaginal. Acredita-se que a sensação máxima de prazer em uma relação sexual é uma só, independente da área que tenha sido estimulada, podendo ser desencadeado por qualquer região do corpo. Porém, a ciência considera o clítoris como um gatilho para o prazer sexual, graças ao estudo realizado por Alfred Kinsey, em 1953. (Moreira, Soucasaux, 2004).

Talvez não seja apropriado caracterizar o orgasmo como algo indispensável e fonte única de promoção do prazer durante o acto sexual. É preciso respeitar a satisfação pessoal e o conceito de prazer que mais agrada o indivíduo. É possível encontrar mulheres satisfeitas com os seus desejos e pensamentos eróticos, sem necessidade de penetração e/ou orgasmo; outras que se realizam com a realização do parceiro; o sexo tântrico protela o orgasmo e estende a sensação de êxtase do casal, e assim cada um escolhe a sua forma de prazer. Há relato de pessoas que evitam o orgasmo exactamente pela sensação de mal-estar explícito após o facto consumado. Gostam do prazer de o ter, mas não gostam do que sentem depois que o obtêm (Ferreira, 2004).

As reacções extra vaginais da fase de orgasmo, são consequentes aos neurotransmissores libertados pelo lóbulo límbico na corrente sanguínea, e desencadeiam turgidez e erecção dos mamilos, aumento das aréolas, hiperventilação, e aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal. Também provoca sudorese, piloereção e alteração nas pupilas, além da perda do controlo muscular voluntário. Em algumas mulheres, podemos observar contracção de músculos do rosto, das mãos e dos pés (Masters, Johnson, 1988; citado por Back, Furlani, 2004).

Bragonier & Reading (1994) destacam ainda como resposta extra genital a intensidade máxima do rubor sexual e elevações máximas da frequência cardíaca, pressão sanguínea e frequência respiratória. Os autores consideram o orgasmo um acto reflexo, assim como a excitação sexual. Descrevem a possibilidade de activação do reflexo orgástico através de estímulo aplicado sobre os nervos dorsais (área do clítoris) com intensidade suficiente para que seja efectivo. Ressalta ainda um limiar individual para o alcance desse reflexo, o que explica mulheres necessitarem de maior ou menor estimulação (principalmente no clítoris) para ocorrência de orgasmos. Relatam a descoberta de mulheres que praticaram exercícios de contracção da musculatura do PP voluntária e ritmicamente (exercícios de Kegel) durante o acto sexual, com uma repercussão positiva sobre a resposta sexual feminina. Essas contracções agem no reflexo orgásmico, provavelmente diminuindo

o seu limiar, e em consequência a isso, aumenta a intensidade do orgasmo. As alterações decorrentes da fase orgásmica podem ser alteradas por factores como flacidez muscular do PP, fadiga, depressão, ansiedade, raiva, uso de drogas ou mesmo a relação com o parceiro sexual (Back, 2004). O maior destaque da resposta sexual feminina deve-se ao facto de o orgasmo na mulher não vir acompanhado de um período refractário, o que possibilita a obtenção de orgasmos múltiplos, ou orgasmos suplementares até a exaustão física, caso estímulos sexuais satisfatórios perdurem. Porém, a individualidade na resposta ao orgasmo é influenciada por um conjunto de factores psicológicos, hormonais e sociais, no qual a mulher está inserida, além da utilização de medicamentos e outras drogas, como álcool e cigarro (Masters, Johnson, 1988 citado por Moreira, Furlani, 2004).

Após o orgasmo, caso não seja iniciado um outro ciclo excitatório, todas estas transformações provenientes dele regridem, num pequeno intervalo de tempo, que vai de alguns segundos a minutos, culminando na fase de resolução. Não sendo atingido o orgasmo, a vasocongestão leva um tempo maior para esvaecer, podendo desencadear quadros algícos na região pélvica feminina, em resposta ao intumescimento constante dos genitais internos (Soucasaux, 2004).

Observam-se dúvidas persistentes sobre o facto de a mulher poder ou não ejacular. Para Furlani (2004), a ejaculação feminina não passa de uma ideia equivocada. Algumas mulheres, durante e após o orgasmo, apresentam rápidas e sequenciadas contracções nos músculos do PP. Essas contracções dirigem a lubrificação do meio interno da vagina para o exterior, dando a falsa impressão de que a mulher está ejaculando. Rosa (2004), explica que a humidificação vaginal por transudação e a do intróito pelas secreções glandulares, ainda que profusa (5 ml), carece de movimento propulsivo, levando, então, a conclusão de que não existe ejaculação feminina. Ejacular é projectar à distância.

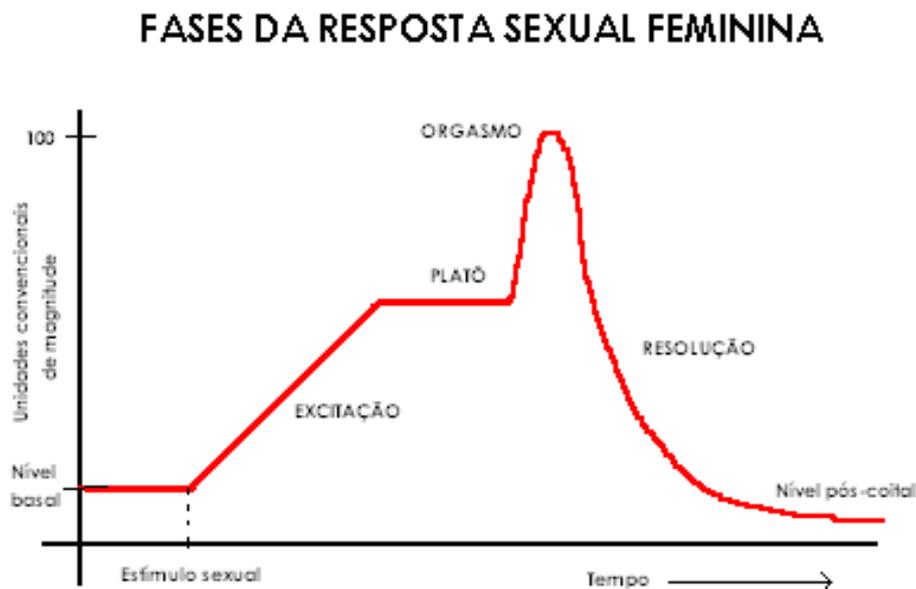
### **3.4.5 Fase de Resolução**

A quinta e última fase da resposta sexual feminina é chamada fase de resolução, e caracteriza-se pelo retorno das alterações ao seu estado normal inicial, modificados

em resposta ao primeiro estímulo sexual. Aqui, as alterações fisiológicas regridem e os tecidos retornam ao estado de repouso, porém isso não se dá de forma imediata, dependendo do órgão e da mulher, o tempo pode variar de 10 segundos a minutos (Masters, Johnson, 1988 citado por Moreira, Back, 2004).

A plataforma orgástica regride a sua tumescência, os grandes e pequenos lábios voltam à sua coloração normal, o clítoris e o útero retornam à sua posição basal e a vagina retorna ao seu estado normal alguns segundos depois. Também normalizam a pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura do corpo (Masters, Johnson, 1988 citado por Back, 2004).

Os mesmos autores descrevem ainda que na fase de resolução o cérebro liberta endorfinas, responsáveis pela sensação de bem-estar e relaxamento total do corpo. Aqui serão mostrados os verdadeiros sentimentos em relação ao parceiro: amor ou desamor, pois é o momento de reflexão sobre o que foi vivido. O gráfico a seguir mostra de forma esquemática as fases da resposta sexual feminina (Gráfico 1)



Fonte: Adaptado de Douglas, 2000.

**GRÁFICO 1. FASES DA RESPOSTA SEXUAL FEMININA**



## 4. Disfunção Sexual Feminina

### 4.1. Contextualização

Globalmente, a comunidade científica tem dedicado uma menor atenção ao estudo da sexualidade feminina e privilegiado o conhecimento dos aspectos da sexualidade masculina. Aliás, não só os responsáveis pela pesquisa no campo científico – que beneficiam do enorme apoio da indústria farmacêutica desde o lançamento do tão mundialmente famoso Viagra – como os próprios *media* (Leland, 2000 citado por Wincze & Carey, 2001) têm favorecido este crescente culto unilateral. Mesmo assim, ao longo dos últimos 30 anos, no âmbito do contexto clínico, tem subsistido um esforço por se encontrar uma resposta terapêutica para as dificuldades sexuais das mulheres apesar da desproporcionalidade do «estado da arte».

Em 1953, Alfred Kinsey publica a obra *Sexual Behaviors in The Human Female* tornando-se numa referência obrigatória relativa à descrição pormenorizada do reportório sexual feminino. Nas décadas de 60 e 70, William Masters e Virgínia Johnson estudam experimentalmente a resposta sexual humana editando *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970). Revolucionam o conhecimento da época ao proporem um modelo quase unisexual da resposta sexual humana – o modelo EPOR baseado em quatro hipotéticas fases do ciclo da resposta sexual: Excitação, Plateau, Orgasmo e Resolução.

Em 1979 Helen Singer Kaplan salienta a ausência do desejo sexual na proposta EPOR e apresenta um modelo alternativo, na sua essência, trifásico DEO (Desejo, Excitação e Orgasmo). Ambos os modelos supracitados partilham três características que exerceram uma influência considerável na prática da terapia sexual, nomeadamente (Soares, 2003):

1. A atribuição à ansiedade do papel central na etiologia das disfunções sexuais;

2. Trata-se de modelos organizativos das respostas sexuais periféricos que ignoram aspectos psicológicos

3. Uni sexualidade dos modelos.

É provável que a maior complexidade da resposta sexual feminina tenha contribuído para o estudo assimétrico da sexualidade masculina; contudo, salientamos que não obstante a mulher ser durante um considerável período da sua vida consumidora em massa de preparados hormonais (anovulatórios e terapêutica de substituição hormonal), proporcionando assim valiosas oportunidades de estudo, estas não foram adequadamente aproveitadas. Foi durante a década passada que se observaram os maiores avanços e contribuições inerentes à sexualidade feminina (Leland, 2000 citado por Wincze & Carey, 2001). Esperamos que os recentes desenvolvimentos permitam que o «fenómeno Viagra» tenha também um poderoso impacto sobre a sexualidade feminina (Soares, 2003). Heiman refere que a investigação futura não deve prosseguir sem procurar avaliar e considerar a informação subjectiva da resposta sexual e da satisfação da mulher.

#### **4.2.As disfunções sexuais femininas**

As disfunções sexuais femininas - à excepção do vaginismo e independentemente da fase do ciclo de resposta sexual afectada, eram denominadas pelo termo englobante «frigidez», até à década de 70 (Mendes, 1987). O cunho pejorativo associado a esta «categoria diagnóstica» e, conseqüentemente, à vivência da sua sexualidade, alimentaram uma visão distorcida da mulher nos séculos passados.

A revolução ocorrida com os trabalhos pioneiros de Masters e Johnson vieram possibilitar o reenquadramento da «patologia» sexual feminina. A investigação conseqüente e os modelos teóricos posteriores permitiram criar uma base sólida para a compreensão do funcionamento sexual adequado e patológico a partir do estabelecimento das fases do ciclo de resposta sexual humana: Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução.

A disfunção sexual ocorreria perante a perturbação num destes estádios ou ainda por dor associada à relação sexual.

### **4.3. Classificação e Definição**

Os actuais sistemas de classificação – o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria e a Classificação Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde – baseiam-se na conceptualização das disfunções sexuais tendo como alicerces os modelos propostos por Masters e Johnson e Helen Kaplan. Simbolizam, deste modo, a disfunção sexual enquanto doença, o que nem sempre é verdade, e apelam ao modelo médico esquecendo que a sexualidade também tem uma leitura psicossomática (Soares, 2003). Contudo, apesar de um consenso na literatura relativamente à limitação destes sistemas, continuamos a recorrer a eles por variadíssimas razões. Não obstante, será importante ter presente que eles «de modo algum reflectem a complexidade, a riqueza e a realidade das disfunções sexuais» (Soares C., 2003). A quarta edição revista do DSM (DSM-IV-TR) concebe seis categorias de disfunção sexual feminina (Tabela 3): Desejo Sexual Hipoactivo e Aversão Sexual (consideradas dentro das Perturbações de Desejo Sexual), Perturbação da Excitação Sexual na Mulher, Perturbação do Orgasmo na Mulher, Dispareunia e Vaginismo (ambas incluídas nas Perturbações por Dor Sexual). Os critérios incluem a necessidade da perturbação causar um acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal e excluem a presença de outra perturbação do Eixo I, estado físico geral ou efeitos fisiológicos directos de uma substância como causas exclusivas.

<b>CATEGORIAS DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS</b>	
<b>Fase do ciclo de resposta sexual</b>	<b>Disfunção Sexual Feminina</b>
Desejo	Desejo Sexual Hipoactivo  Aversão Sexual
Excitação	Perturbação da Excitação Sexual na Mulher
Orgasmo	Perturbação do Orgasmo na Mulher
Dor	Dispareunia  Vaginismo

**Tabela 3- CATEGORIAS DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

As disfunções são ainda classificadas de acordo com duas dimensões:

- i) Natureza do início da disfunção sexual: ao longo da vida (primária) ou adquirida (secundária);
- ii) Contexto em que a disfunção sexual ocorre: generalizada (ocorre em todas as situações e parceiros) ou situacionais (ocorre apenas em situações ou com parceiros específicos).

Um terceiro subtipo é ainda utilizado para especificar a etiologia associada às disfunções sexuais: devido a factores psicológicos (existência de factores psicológicos relevantes na origem e manutenção da perturbação) ou devido a factores combinados (além da presença de factores psicológicos considera-se uma contribuição importante da condição física geral ou a utilização de substâncias) (DSM-IV-TR).

#### **4.3.1. Desejo Sexual Hipoactivo**

Wincze & Carey definem «desejo» como «*an interest in being sexual and in having sexual relations by oneself or with an appropriate (e.g. mutually consenting) partner*»

Os autores referem que perante um quadro oposto, podem ser experienciados estados afectivos negativos – desconforto, tristeza, desapontamento, frustração, culpa, depressão ou embaraço – possivelmente resultantes da discrepância entre o sujeito e o parceiro ou da divergência entre o comportamento sexual e as expectativas transmitidas sobre a «normalidade».

A perturbação é caracterizada pela ausência ou diminuição do desejo de actividade sexual e fantasias sexuais de forma persistente e recorrente. É necessário que seja o clínico a proceder à avaliação do défice ou ausência de desejo tendo em conta variáveis como a idade e o contexto da pessoa no funcionamento sexual (DSM-IV-TR).

#### **4.3.2. Aversão Sexual**

A principal característica desta disfunção consiste na presença persistente ou recorrente de uma aversão ao contacto sexual genital e ao seu evitamento. A aversão pode ser específica (e.g. secreções genitais, penetração vaginal) ou generalizada a todos os estímulos sexuais como o beijar e o tocar (DSM-IV-TR). Têm sido descritos estados emocionais de ansiedade, medo ou nojo perante a situação de interacção sexual. O confronto com o estímulo pode desencadear reacções ligeiras a severas, proporcional a um comportamento fóbico, acompanhado de manifestações fisiológicas como suores, náuseas, vómitos, diarreia e palpitações (Mendes, 1987).

#### **4.3.3. Perturbação da Excitação Sexual da Mulher**

Na fase de excitação sexual ocorrem transformações na mulher cujo objectivo é a sua preparação para o coito. Fisiologicamente salientam-se os fenómenos de vasocongestão na pélvis, lubrificação vaginal e entumescimento da genitália externa. As alterações cognitivo- afectivo (e.g. foco atencional nos estímulos eróticos,

sensação subjectiva de excitação sexual) são mais subtis mas parece que as mulheres tendem a estar mais atentas que os homens a estas mudanças (Wincze, Carey, 2001). Inversamente as mulheres têm maior dificuldade em atribuir sensações eróticas às suas mudanças fisiológicas.

Segundo o DSM-IV-TR, a perturbação da excitação sexual da mulher define-se como a «incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a actividade sexual, uma adequada resposta de lubrificação-entumescimento da excitação sexual». Wincze & Carey (2001) referem que subjectivamente existe uma dificuldade em encontrar prazer na actividade sexual e uma ausência de sentimentos.

#### **4.3.4. Perturbação do Orgasmo na Mulher**

O orgasmo é descrito por alguns autores como uma combinação da experiência subjectiva com alterações fisiológicas na vagina e área pélvica que resulta numa sensação de bem-estar geral (Mendes, 1987).

Leiblum e Rosen (2000) expõem algumas das descrições subjectivas do orgasmo: «atingir um pico», «sentir uma tensão crescente que é libertada», «sensação de perda do sentido temporal». Porém, a ausência de uma única definição e o papel atribuído ao longo da história ao orgasmo feminino associados à ausência duma «prova visível» e irrefutável acerca da sua existência, como a ejaculação no homem, tem gerado controvérsia, mitos e crenças erradas. Assiste-se, deste modo, a preocupações sobre o orgasmo sem coito, orgasmos vaginal e clitoriano e orgasmos múltiplos. Sabe-se, hoje em dia, que a mulher tem a capacidade de sentir orgasmos sem que haja estimulação directa dos genitais – o que evidencia o papel do cérebro enquanto estrutura sexual, especialmente na mulher. E Kaplan, citada por Wincze e Carey (2001), refere que a penetração por si só pode não ser suficientemente intensa para produzir orgasmo e que nestas mulheres talvez seja necessário uma estimulação simultânea do clítoris. Por outro lado, naquelas mulheres que experienciam orgasmo durante o coito, podem não o sentir em todos os coitos. Aliás, a ausência de orgasmo durante o coito não é uma disfunção sexual; pode ser natural e normal (Wincze, Carey, 2001). Deste modo, a Perturbação do Orgasmo na Mulher é definida como o

atraso ou ausência de orgasmo, persistente ou recorrente, a seguir a uma fase de excitação adequada, sendo necessário recorrer ao juízo clínico tendo por base a idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que recebe (DSM-IV-TR). Conquanto, se em algumas mulheres a perturbação nesta fase é impeditiva da actividade sexual e acompanhada por sentimentos de desilusão e insatisfação que levam a que o desejo sexual cesse, noutras mulheres anorgásticas o desejo, o aumento da excitação e satisfação sexual mantém-se (Wincze, Carey, 2001).

Hentschel (2001) define a anorgasmia, como a incapacidade feminina de atingir o orgasmo, onde a mulher tem desejo, excita-se, entretanto, não atinge o prazer máximo.

#### **4.3.5. Dispareunia**

A dispareunia consiste na ocorrência de uma dor genital persistente ou recorrente associada à actividade sexual na mulher (e no homem) não sendo provocada exclusivamente por vaginismo ou ausência de lubrificação (DSM-IV-TR). Esta dor pode ser manifestada antes, durante ou após o coito.

Hentschel (2001) a dispareunia é um transtorno sexual caracterizado pela sensação de dor genital durante o acto sexual. A causa dessa dor pode estar algumas vezes relacionada a causas orgânicas ou factores psicológicos. Deve-se diferenciar se a dor é no início da penetração, no fundo da vagina ou se ocorre após a relação.

#### **4.3.6. Vaginismo**

O vaginismo é usualmente definido como um espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina.

Segundo os critérios do DSM-IV-TR, trata-se de uma contracção recorrente ou persistente quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espéculo; o mesmo espasmo pode ocorrer perante a antecipação da introdução vaginal. A contracção ocorre nos músculos perineais e elevador do ânus e a sua intensidade pode variar de ligeira, produzindo aperto e desconforto mas tolerando algum tipo de penetração (e.g. tampão, dedo), a grave, impossibilitando a penetração.

O diagnóstico necessita de confirmação através da observação ginecológica. Não é incomum, deste modo, que mulheres com vaginismo e uma reacção de medo extrema perante a penetração vivam a relação sexual sem a consumação do coito durante anos, apesar de sentirem desejo, prazer e com frequência orgasmos na interacção vaginal.

Para Hentschel (2001) o vaginismo é a disfunção sexual caracterizada pela contracção involuntária, recorrente ou persistente, da musculatura do terço inferior da vagina (adutores da coxa e da musculatura da pelve), resultando na impossibilidade de realizar o acto sexual. É considerada uma disfunção com boa probabilidade de cura a curto prazo. Geralmente esse quadro é associado à fobia ao coito e a penetração vaginal, à inibição sexual geral ou a falta de orgasmo.

#### **4.4.Prevalência**

Os dados relativos à prevalência das disfunções sexuais em geral são escassos e mostram uma grande diversidade entre si consoante os estudos. As razões prendem-se com a utilização de diferentes sistemas classificatórios, métodos de avaliação e variáveis dos grupos populacionais em que incidem estes estudos.

O estudo epidemiológico americano *National Social and Health Life Survey*, realizado por Laumann, Paik e Rosen em 1999, estudou as disfunções sexuais em 1.749 mulheres com idade compreendida entre os 18 e os 54 nos Estados Unidos. Os dados indicam que 22% das mulheres referem diminuição do desejo sexual e que esta alteração tende a decrescer com o aumento da idade; 14% das mulheres apresentam uma perturbação da excitação sexual; 24% das mulheres reportam queixas de anorgasmia; e, entre 10% a 15% das mulheres queixam-se de dor sexual mas os autores não distinguem entre vaginismo e dispareunia.

## 4.5. Factores Etiológicos

### 4.5.1. Factores Biológicos

Os factores biológicos desempenham um papel preponderante na etiologia das perturbações de cariz sexual. Contudo, a presença de patologia médica não é condição obrigatória para a disfunção sexual feminina.

#### 4.5.1.1. DESEJO SEXUAL

Qualquer condição médica que cause dor ou desconforto pode resultar indirectamente na redução do desejo sexual enquanto a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais activo. Contudo, e antes de mais, a mulher está mensalmente sujeita às variações hormonais devido ao ciclo menstrual, pode engravidar e assiste ao cessar do ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa. O efeito da acção das hormonas sobre o desejo é apresentado na Tabela 4.

<b>EFEITO DAS HORMONAS SOBRE O DESEJO SEXUAL</b>	
<b>Hormonas</b>	<b>Efeito sobre o Desejo Sexual</b>
Testosterona	Aumenta
Prolactina	Inibe
Estrogénio	Positivo
Progesterona	Inibe (?)

**Tabela 4 - EFEITO DAS HORMONAS SOBRE O DESEJO SEXUAL - Fonte:**  
(Adaptado de Hirsch para laboratório Lepori)

Assim, algumas doenças endocrinológicas como outros factores de ordem orgânica podem actuar sobre a diminuição do desejo sexual (Anexo M).

#### **4.5.1.2. EXCITAÇÃO SEXUAL**

Os processos fisiológicos envolvidos no fenómeno de excitação sexual podem ser perturbados por lesões nos sistemas vascular, que originam diminuição da lubrificação vaginal, e neurológico, por exemplo défices secundários à diabetes ou esclerose múltipla. Das alterações endocrinológicas, as hipoestrogenias normativas (menopausa ou amamentação), induzidas (ooforectomia) ou patológicas, por exemplo, podem aumentar a secura vaginal e conduzir a um quadro de dispareunia. No (Anexo N) pode ver-se os estados orgânicos com um impacto adverso na excitação sexual da mulher.

#### **4.5.1.3. FASE DO ORGASMO**

Os factores de ordem neurológica que afectem as vias simpáticas e parassimpáticas podem estar implicados nas dificuldades femininas em atingir o orgasmo, especialmente se se tratar de situações crónicas. Na (Anexo O) são expostas as principais condições patológicas que afectam os centros medulares D11 a L2, mediadores do funcionamento orgástico. Também as alterações hormonais ou uso de fármacos, álcool e algumas drogas comprometem o orgasmo.

#### **4.5.1.4. DOR SEXUAL**

Para Abarbanel (1978) citado por Wincze & Carey (2001), na avaliação da etiologia da dispareunia devem-se considerar factores anatómicos, patológicos e iatrogénicos. Os primeiros incluem situações congénitas como malformações genitais que tornam o coito doloroso; estados de doença aguda ou crónica como infecções do tracto urinário constituem os factores de ordem patológica; por fim, os resultados de procedimentos médicos como a episiotomia podem também gerar dor na relação sexual. Araújo e Soares (1987) distinguem entre dispareunia, ou seja, situações dolorosas mas nas quais é possível o coito, e apareunia, condição que torna o coito inexequível. As autoras apresentam uma lista de prováveis quadros etiológicos

ginecológicos, como por exemplo, uretrites, vulvites, vaginites que afectam ambas. No caso do vaginismo, têm sido referidos um vasto número de causas e processos biológicos, como por exemplo, vaginites, congestão pélvica, episiotomia e histerectomia vaginal. Porém, para o seu diagnóstico devem ser excluídas as seguintes situações: endometriose, relaxamento do ligamento de suporte uterino, hímen rígido, hemorróidas, estenose vaginal, tumores pélvicos, doença inflamatória pélvica, atrofia senil da vagina, patologias neonatais, carúnculo uretral (Tollison e Adams, 1979 citado por Wincze & Carey, 2001).

#### **4.5.2. Factores Psicossociais**

As contribuições psicológicas e do contexto sócio-cultural na expressão saudável da sexualidade e consequente disfunção parecem ser elevadas. Aliás, a existência exclusiva de factores psicológicos relevantes na origem e manutenção da perturbação é incluída no sistema classificatório referido ao longo do presente artigo; a alternativa - devido a factores combinados (presença de uma condição física geral ou o uso de substâncias) – implica sempre o compromisso de factores psicológicos. É consensual na literatura a existência de determinados factores etiológicos comuns às disfunções sexuais femininas: a presença de estados emocionais negativos como a raiva, depressão, ansiedade ou medo; factores individuais como: a baixa auto-estima, má imagem corporal e ansiedade de desempenho; experiências prévias traumáticas, com dor ou de abuso sexual; factores educacionais e culturais como contributos na formação de crenças erróneas e na falta de informação acerca da sexualidade, mensagens parentais negativas acerca de sexo e ortodoxia religiosa; aspectos do relacionamento conjugal como o papel do parceiro e conflitos maritais.

No (Anexo P) é apresentada uma síntese dos determinantes psicossociais das disfunções sexuais femininas. No caso das perturbações do desejo sexual a ausência de atracção sexual pelo parceiro é um factor psicológico importante. A literatura indica que algumas perturbações psiquiátricas podem estar também associadas à diminuição do desejo sexual: depressão, perturbações da ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações do comportamento alimentar e doença mental severa como a esquizofrenia (Wincze & Carey, 2001). Os factores de ordem

relacional como a falta de estimulação adequada do parceiro e um padrão comunicacional pobre podem interferir negativamente com a excitação sexual. Num estudo realizado na Inglaterra, com uma amostra de 979 mulheres encontrou as dificuldades maritais como as melhores preditoras das dificuldades de excitação sexual (Dunn et al., 1999 citado por Wincze & Carey, 2001). Relativamente à disfunção orgásmica salienta-se a associação de determinados factores sócio-demográficos tais como a idade (jovens), estado civil (solteiras) e nível educacional (baixo). A distração cognitiva durante a actividade sexual e algumas características da personalidade, como a necessidade de controlar as situações (Fischer, 1973 citado por Leiblum & Rosen, 2000), serão também passíveis de produzir perturbação a nível da experiência subjectiva do orgasmo como as suas consequentes manifestações somáticas (e.g. diminuição das contracções rítmicas da plataforma orgásmica).

No que concerne à dispareunia, a seguinte citação de Masters e Johnson (1970, citado por Wincze & Carey, 2001) é ilustrativa do peso dos factores psicossociais. «Mesmo após um exame pélvico adequado é frequente o clínico não ter a certeza se as queixas são devidas a patologia pélvica não diagnosticada, ou como acontece milhares de vezes, a mulher sexualmente disfuncional está a utilizar o sintoma dor como meio de se furtar completamente, ou pelo menos reduzir substancialmente o número de indesejáveis interacções sexuais no casamento.» (pp. 266-267) A existência de expectativas de dor aprendidas parentalmente e factores relacionais (desconfiança e comunicação inadequada), são sobremaneira relevantes na etiologia desta disfunção. O vaginismo, para além dos aspectos etiológicos supracitados, tem sido também conceptualizado com base no paradigma do condicionamento clássico. Desta forma, o coito (estímulo condicionado) associado a uma sensação de dor (estímulo incondicionado) gera a contracção da musculatura vaginal (resposta incondicionada). O processo de aprendizagem implica que os estímulos condicionados (pensamentos, situações de interacção sexual com o parceiro) associados à penetração vaginal conduzam a uma resposta reflexa de espasmo muscular (resposta condicionada). O comportamento de evitamento mantém este mecanismo por reforço negativo segundo as formulações do condicionamento

operante, ou seja, impede a mulher de se envolver no coito (evita o desconforto sentido) e alivia assim a ansiedade antecipatória.



## 5. A Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental, podendo ser afectada por factores orgânicos, emocionais e sociais (OMS 1975).

Segundo Back (2002), o tratamento da disfunção sexual feminina é de suma importância, pois na questão da saúde a vida sexual desempenha uma função vital para os dois sexos.

O papel do fisioterapeuta na equipa multidisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas tem sido abordado na literatura. (Bergeron, Binik, Khalifé, 1997)

Bergeron, et al (1997) diz que os principais objectivos da fisioterapia nesta área são: (i) sensibilização e propriocepção dos músculos, (ii) melhorar a discriminação de contracção e relaxamento muscular, (iii) normalizar o tónus muscular, (iv) aumentar a elasticidade na abertura vaginal, (v) dessensibilizar áreas dolorosas, e (vi) diminuição do medo na penetração vaginal.

Rosenbaum (2005) expande o papel do fisioterapeuta para prestação cognitiva e terapia comportamental, ajudando o utente a aliviar a ansiedade relativamente á penetração, e na identificação psicológica, componentes a serem abordadas também com um profissional de saúde mental.

A intervenção terapêutica do fisioterapeuta geralmente consiste de avaliação e tratamento com a terapia cognitivo-comportamental, exercícios de fortalecimento muscular, terapia manual, e de outras técnicas e modalidades. (Rosenbaum, 2005)

A abordagem da fisioterapia no tratamento de disfunção sexual feminina inclui a elaboração de uma história pormenorizada através da realização de um exame físico, e um plano de tratamento. A intervenção e os instrumentos utilizados pelo fisioterapeuta são a educação (explicando o funcionamento anatómico e fisiológico do sistema reprodutor), a terapia cognitivo-comportamental (recorrendo ao uso de dilatadores vaginais), a reabilitação (utilizando o fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico) o relaxamento (utilizando instrumentos como o biofeedback e

massagem) e métodos para diminuir a dor e melhorar a mobilidade do tecido. Técnicas manuais, incluindo massagem, alongamento dos tecidos moles, e mobilizações conjuntas, são componentes importantes do tratamento.

Até o momento, estudos randomizados e controlados demonstraram a eficácia da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas não tendo sido publicados na literatura. Estudos retrospectivos relatam uma taxa de sucesso de 77% de melhoria (Bergeron, Lord, 2003)

### **5.1. Avaliação**

Para Polden e Mantle (2000), a ginecologia é uma especialidade que exige do fisioterapeuta uma mistura de atributos especialmente amadurecida que, quando preciso, permita à paciente revelar com confiança alguns dos detalhes mais íntimos e pessoais de sua vida. Além de um bom conhecimento teórico e um alto grau de competência clínica, o fisioterapeuta deve sempre conceder tempo para ouvir, ser facilmente abordável, imperturbável e não ser crítico.

Na avaliação perineal são realizadas actividades de suma importância, tais como: anamnese, inspecção, palpação e gradação de força perineal.

A inspecção avalia o estado da pele, pelo afastamento dos grandes lábios para expor o orifício vaginal, o estado das mucosas (aspecto normal ou presença de irritação, escoriações, eritemas, micoses, etc...). Procuram-se presença de cicatrizes, de episiotomias ou de suturas pós-cirúrgicas, laterais ou medianas. A troficidade da vulva ou da vagina revela a impregnação hormonal. Normalmente a mucosa vaginal é lisa, rosada, ligeiramente húmida.

Em caso de carência de estrogénio, ela perde a flexibilidade e a coloração, é nitidamente mais pálida. A presença de varicosidades é mais rara (Grosse, Sengler, 2002).

Para Moreno (2004), com a paciente na posição ginecológica, na inspecção observa-se a condição da pele, o tónus, a presença de cicatrizes ou feridas, a presença de cistocele, retocele, prolapso uterino e hemorróidas.

Segundo Field (2001), a palpação é uma combinação de toque, sensação, exame, feedback sensorial e interpretação. Significa utilizar certas técnicas de maneira metódica que possibilite adquirir informações específicas.

A primeira etapa da palpação perineal consiste na avaliação da tonicidade e consistência do núcleo fibroso central do períneo. O fisioterapeuta coloca um dedo sobre o núcleo fibroso central do períneo e exerce uma pressão que, no caso de um núcleo normótico, encontra uma resistência chamada de elástica. O toque vaginal é a etapa essencial, permitindo a avaliação da força muscular dos elevadores do ânus. Com uma das mãos, o terapeuta afasta os grandes e os pequenos lábios; com a outra, ele introduz dois dedos, respeitando o eixo vaginal, que na posição ginecológica, é oblíquo em baixo e atrás, a 30°.

Para a avaliação da força muscular a introdução bidigital é necessária (Grosse, Sengler, 2002). A classificação da força é graduada de 0 a 3 (0 – sem contracção, 1 – pouca contracção, 2 – tem contracção mas não vence a resistência imposta pela mão, 3 – contracção que vence a resistência da mão).

De acordo com Moreno (2004), no primeiro contacto, antes de avaliar a força dos músculos do pavimento pélvico da paciente, pode-se explicar como funcionam e para que servem tais músculos.

Segundo Polden e Mantle (2000), o exame do períneo inicia-se com a observação do estado da pele, hemorróidas, prolapso e sinal de episiotomia, ou cirurgia anterior.

Em seguida, com o uso de luva o fisioterapeuta separa os lábios da vulva; após maior observação, o dedo indicador e o dedo médio da mão dominante são suavemente inseridos na vagina. A textura das paredes, sinal de prolapso e qualquer incómodo causado são observados. A mulher é solicitada a contrair o pavimento pélvico como para evitar a saída ou a passagem de gases, ou segurar os dedos do fisioterapeuta e evitar sua retirada. A ideia é que o fisioterapeuta ao pedir para a paciente contrair a os músculos do pavimento pélvico, possa classificar o que foi sentido.

Para Moreno (2004), a palpação do pavimento pélvico pode ser feita pela vagina ou pelo recto e essa técnica é utilizada para podermos observar contracção, simetria, trofismo e força. Podemos também constatar aumento ou diminuição da sensibilidade ou dor local.

Grosse e Sengler (2002) afirmam que a avaliação da sensibilidade da área genital, principalmente dos dermatómos de S2, S3 e S4 é muito importante para observar a presença de síndromes neurológicas, pois estas podem interferir no funcionamento esfinteriano e/ou o funcionamento vesical.

Para Paciornik (1997), na maioria das especialidades, ocupa lugar de destaque a medida da força física ou da capacidade de trabalho dos órgãos dos quais elas se ocupam. Na relação sexual, as paredes da vagina intumescem, enchem-se de sangue, os músculos que a rodeiam contraem, activamente o clitóris é repuxado para baixo, para melhor contacto com seu parceiro, que por sua vez, é também repuxado para encontrá-lo. Sendo assim é visto a importância da medição do grau de força perineal para o acto sexual

### **5.2.1. Exercícios de Fortalecimento do Pavimento Pélvico**

A fisioterapia surge como uma inovação que pode trazer benefícios a muitas mulheres. Quando aplicada à disfunção sexual feminina a fisioterapia pode trabalhar com técnicas simples e de baixo custo, como por exemplo, os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (Rosenbaum, 2005)

Essa técnica terapêutica permite o recrutamento das fibras musculares dos tipos I e II, além de melhorar a propriocepção, contribuindo para contracções mais eficazes. (Haddad, 1999)

A avaliação da função e da força muscular do pavimento pélvico tem papel decisivo no tratamento e intervenção da fisioterapia. (Peschers UM. *et al*, 2001)

A avaliação funcional do pavimento pélvico proporciona a noção da capacidade de contracção dessa região. Entre as técnicas de avaliação, aquela descrita por Ortiz, mostra-se simples e de fácil execução (Castro *et al*, 2006). Desta forma, a escala de

Ortiz, constitui, na análise da função do pavimento pélvico visualmente e pela palpação (Moreira, 2002).

O pioneiro das técnicas de reeducação perineal foi Arnold Kegel, que em 1948 propunha tratamento para a hipotonia do pavimento ou diafragma pélvico. Kegel estudou o músculo pubococcígeo para tratamento da incontinência urinária de esforço, e constatou que a disfunção orgásmica da mulher poderia ser em grande parte atribuída a diminuição da força ou prejuízo desta musculatura. Com bases em observações clínicas relatou que a sensação vaginal e a frequência do orgasmo podem ser aumentadas com a prática de exercícios perineais, que são designados para fortalecer o músculo pubococcígeo (Masters et al., 1998 citado por Santos, 2000 e citado por Rabelo, 2003).

De acordo com Rodrigues (2001), Munjack (1984) afirma que estes exercícios musculares são benéficos de diversas maneiras: produzem aumento na vascularização pélvica; produzem aumento do tónus muscular, com aumento correspondente na estimulação clitoriana indirecta durante o coito; induzem a um estado de excitação durante a execução dos exercícios (por causa do envolvimento da tensão muscular pélvica e da congestão vascular aumentadas) aumentam a consciencialização das sensações clitoriano-vaginais que conduzem ao orgasmo. São exercícios musculares que, se usados durante a masturbação, actuam não apenas no sentido de favorecer a excitação, mas também de distrair a paciente dos pensamentos intervenientes e da inibição; e favorecem o orgasmo, na medida em que a mulher aprende a participar activamente da sua própria resposta sexual.

A capacidade sensorial vaginal aumenta, propiciando à mulher melhor captação e percepção dos estímulos vaginais, além de um melhor conhecimento e percepção sensorial por ter um auto controle da referida musculatura. Pode ser utilizado em diversas disfunções, tais como: diminuição do desejo, distúrbios da aceitação, anorgasmia e vaginismo (Mannocci, 1995).

Estes exercícios são utilizados para o fortalecimento muscular, baseados no preceito de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular (Mcintoch et al, 1993 citado por Moreira, 2002).

De acordo com Moreno (2004), o ganho de força muscular é obtido somente pela combinação do recrutamento de grande número de unidades motoras, frequências pequenas de exercícios e contrações progressivamente mais fortes. Os programas de aumento de força do pavimento pélvico enfatizam realização de poucas repetições diárias com aumento gradativo da intensidade da força e tempo de contração. Enfatiza também que a os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico são o único método que não possui contra-indicações e pode ser realizado individualmente e em grupo.

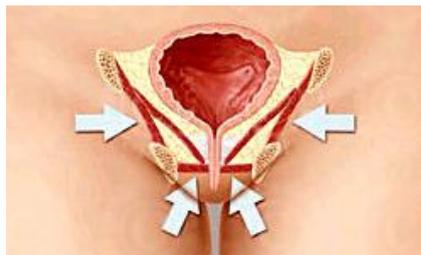
Segundo Mannocci (1995), há quatro tipos (variantes progressivas) dos exercícios de Kegel:

- Contração: consiste no treino de contrair os músculos perianais e perivaginais de forma rítmica (, 1995).
- Tremulação: consiste no mesmo exercício anterior, com velocidade de contração – descontração bem rápida, simulando as contrações orgásmicas (Mannocci, 1995). O exercício aproxima-se da sensação da contração no orgasmo, embora a ritmo, neste último, seja consideravelmente mais rápida (Rodrigues, 2001).
- Sucção: este exercício compreende a retração do músculo, como se estivesse a sugar algo (Rodrigues, 2001). Pede-se que a mesma imagine qualquer objecto na entrada da vagina, e durante o movimento de inspiração profunda, tente “sugar” este objecto para dentro da vagina (Mannocci, 1995).
- Expulsão: este exercício é o oposto ao anterior e nele a mulher tenta empurrar algo para fora da vagina, enquanto respira regularmente (Rodrigues, 2001).

De um modo geral, os exercícios consistem em contrair os músculos do pavimento pélvico.

É normal que nos primeiros dias a mulher sinta alguma dor leve ou desconforto no local, principalmente aquelas mulheres não habituadas a contrair estes músculos. Este desconforto é relativo à fadiga muscular, um cansaço normal em qualquer exercício físico para o qual não se está habituado. Deve desaparecer ainda na primeira semana, com a continuação do treino (Latorre, 2004).

Qualquer exercício de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico acaba por melhorar directamente o desempenho sexual da mulher, numa intensidade variável de acordo com cada caso. Com os exercícios constantes, há uma hipertrofia (aumento de força e resistência) destes músculos. Em outras palavras, a vagina fica mais apertada, melhorando a sensação de pressão interna durante o acto sexual, além de a irrigação sanguínea ser estimulada, o que favorece as condições que levam ao orgasmo (Latorre, 2004)



**Figura 1: Exercício de Kegel.** (Fonte: [www.perineo.com](http://www.perineo.com))

### 5.2.2. Cones Vaginais

A resistência na forma de pesos, na reabilitação muscular, tem sido utilizada há muito tempo, para aumentar a força e a resistência dos músculos. Várias tentativas para encontrar um meio de aplicar resistência gradual aos músculos do pavimento pélvico levaram a criação e comercialização dos cones vaginais que são vendidos em kits de formato igual e volume igual, mas com peso variando de 20 a 100 gramas (Moreira, 2002).

Segundo Grosse e Sengler (2002), Plevnik, em 1985, foi o primeiro a apresentar o conceito dos cones para a tonificação da musculatura perineal.

Esta técnica consiste na utilização de um conjunto de cones de tamanho iguais, mas de peso crescente, com forma anatómica que permite a sua introdução na vagina. Esta terapia permite distinguir os músculos do pavimento pélvico dos grandes grupos musculares sinérgicos (abdominais, adutores e glúteos), aumentando assim a propriocepção da região (Moreno, 2004).

Segundo Moreno (2004) as vantagens da utilização dos cones é permitir, uma correcta identificação da força contráctil do pavimento pélvico, exercícios contra certa resistência, (peso do cone); realizar exercícios dinâmicos, ou seja, exercícios de contracção do pavimento pelvico durante variações da pressão abdominal como tossir, espirrar, andar etc. (Santos, 2002).

Para Latorre (2004), cones vaginais são pequenas cápsulas de formato anatómico, constituídas de materiais resistentes e pesados que, ao serem inseridos no canal vaginal, proporcionam o estímulo necessário para que a mulher contraia correctamente os músculos do pavimento pélvico durante os exercícios, e que permitem um treino com aumento de carga progressiva.

Um cone vaginal é um dispositivo que se insere na vagina fornecendo resistência e feedback sensorial aos músculos do pavimento pélvico à medida que eles se contraem (Moreno, 2004).

Um kit é composto normalmente por cinco ou seis cones, com pesos variando entre 20g a 100g, a indicação varia para cada objectivo, mas de modo geral, não é necessário chegar até o cone de 100g, a não ser quando a finalidade seja a melhoria no desempenho sexual. A intensidade e duração dos exercícios com cones vaginais também é variável de acordo com cada caso e objectivo (Latorre, 2004).

Os cones quando alojados no pavimento pélvico agem como um equipamento de biofeedback, pois a pressão intra-abdominal, associada ao peso do cone e à acção da gravidade tendem a expulsá-lo pelo canal vaginal, promovendo assim um feedback sensorial que faz com que os músculos se contraíam ao redor do cone na tentativa de retê-lo permitindo o recrutamento das fibras musculares dos tipos I e II, além de

melhorar a propriocepção das pacientes, com conseqüente eficácia desta (Schubler, 1994, Haddad, 1999 citado por Moreira, 2002).

Além de aumentar a força da musculatura pélvica, os cones agem também na de consciência da contração adequada do períneo, prática geralmente difícil na reeducação pélvica (Moreira, Amaro, 2000 citado por Moreira, 2002)

Segundo Polden (2000) o cone age forçando os MPP na direção caudal, fazendo assim que o músculo se contraia em torno dele para o reter. O cone é inserido e a utente deve começar a andar. Se o cone ficar retido por um minuto, a utente deve passar para o cone seguinte, o cone mais pesado que ficar retido por um minuto é o cone utilizado para iniciar o tratamento. (Polden, 2000)

A utente deve inserir o cone duas vezes por dia, andar e realizar outro tipo de actividades de pé não muito cansativas durante 15 minutos. Evolução de cones ocorre quando a utente consegue aguentar um cone por dois dias seguidos, passando assim a para o seguinte. (Polden, 2000)

O tratamento deve ter o período de duração de um mês, no qual a utente deve chegar ao cone mais pesado. (Polden, 2000)

Após o mês de tratamento a utente deve continuar com a reabilitação, complemento com os exercícios de Kegel. (Holroyd-Leduc, 2007)

De acordo com Moreno (2004), é contra-indicado o uso dos cones nas seguintes circunstâncias: presença de infecções no trato uro-genital; distúrbios psiquiátricos ou falta de compreensão; durante o período menstrual; durante ou imediatamente após as relações sexuais; uso concomitante a tampões, diafragmas; gravidez e retenção/obstrução urinária.

É normal, como nos exercícios de Kegel, que mulheres não habituadas a contrair os músculos do pavimento pélvico sintam certo desconforto no treino com cones, relativo à fadiga muscular especialmente nos primeiros dias do programa.



**Figura 2: Cones vaginais.** (Fonte: [www.perineo.com](http://www.perineo.com).)

### 5.2.3. Biofeedback

O Biofeedback é uma das muitas ferramentas disponíveis, sendo vulgarmente utilizado pelos fisioterapeutas no tratamento das síndromes de dor vulvar, e tendo também um papel importante na avaliação e tratamento do vaginismo. (van der Velde, Laan, Everaerd, 2001)

De todas as intervenções de fisioterapia mencionadas, até esta data só o biofeedback passou por estudos controlados. Glazer et al foram os primeiros a demonstrar os resultados do aumento do tónus no pavimento pélvico e a diminuição da estabilidade muscular do pavimento pélvico em síndromes de dor vulvar. Foi demonstrado 50% de eficácia na redução da dor vulvar utilizando o biofeedback (Glazer et al, 1995). Estudos posteriores produzidos obtiveram resultados similares (Bergeron , et al, 2001). Um estudo coreano refere que a estimulação eléctrica combinada com biofeedback em 12 utentes com vaginismo, revelou que todos os pacientes obtiveram sucesso nas relações sexuais durante e depois do tratamento (Tae Seo J., et al 2005).

Segundo Grosse & Sengler (2002), o biofeedback é um método de reeducação que utiliza uma retroinformação externa como meio de aprendizagem. O objectivo do biofeedback é, modificar uma resposta fisiológica inadequada ou propiciar a aquisição de uma nova resposta fisiológica (Grosse & Sengler, 2002).

Já que, muitas mulheres não têm propriocepção da sua região urogenital e são incapazes de contraírem voluntariamente os músculos do pavimento pélvico, o biofeedback é um método eficaz na reeducação perineal e também no fortalecimento desses músculos, uma vez que fornece parâmetros de uma contracção máxima (Moreno, 2004)

O biofeedback é uma técnica puramente activa, o papel do aparelho consiste unicamente em registar e amplificar a actividade da paciente. A finalidade na reeducação perineal é a obtenção rápida da consciencialização dos músculos elevadores (Grosse e Sengler, 2002).



**Figura 3: Biofeedback** (Fonte: [www.perineo.com.br](http://www.perineo.com.br))

#### 5.2.4. Eletroestimulação

A eletroestimulação do pavimento pélvico foi descrita por Bors em 1952. Apesar de ter apresentado elevados índices de complicações nas últimas décadas há uma crescente aplicação desta técnica (Ridje & Betz, 1994). Acredita-se que a eletroestimulação seja capaz de aumentar a pressão intra-uterina através da estimulação directa dos nervos eferentes para a musculatura periuretral. Além disso também aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do pavimento pélvico, restabelece as conexões neuromusculares, melhorando a função da fibra muscular, hipertrofiando-a e modificando o padrão de acção pelo aumento das fibras musculares rápidas (Moreno, 2004).

A técnica envolve a estimulação do nervo podendo com eléctrodos na vagina, ânus ou de superfície. O nervo pudendo é o nervo estimulado com a eletroestimulação, pois o mesmo enerva uma área extensa do pavimento pélvico (Cruz & Cruz, 2004).

A estimulação eléctrica, assim como os cones vaginais, é utilizada como tratamento complementar da fisioterapia, principalmente quando avaliação da força de contracção do músculo for menor que três (Baracho, 2002). É o indicado no tratamento da incontinência urinária e fecal, e em casos de força muito baixa. Também é indicada como estímulo proprioceptivo de forma despertar a consciência corporal e levar á contracção correcta do pavimento pélvico (Moreno, 2004).

Segundo Agnes (2005), a eletroestimulação neuromuscular aplica-se somente quando o sistema nervoso periférico estiver integro. A frequência do estímulo é factor crucial para o sucesso do tratamento. Alguns efeitos colaterais são descritos após a estimulação eléctrica intravaginal do pavimento pélvico, como dor, irritação vaginal e infecção urinária (Moreno, 2004).

Ainda segundo Moreno (2004), a eletroestimulação é contra-indicada em pacientes grávidas ou com suspeita de gravidez, com lesões ou infecções urinárias ou vaginais, diminuição da função cognitiva, cancro do colo do útero, recto ou genito-urinário, período menstrual, uso do pacemaker ou implantes metálicos na região da anca ou dos membros inferiores.

A estimulação eléctrica também foi estudada e conclui-se ser eficaz no tratamento da dor pélvica (Fitzwater, Kuehl, Schrier, 2003) e no tratamento de doenças de dor sexual (Nappi RE, et al, 2003).



**Figura 4: Eletroestimulação (Duapex 961).** (Fonte: [www.institutosaopaulo.com](http://www.institutosaopaulo.com).)

### 5.2.5. Massagem

Segundo Ahtari & Dwyer (2005) é um tipo específico e delicado de massagem realizada na região genital feminina ou, mais especificamente, na região do períneo. No geral a manobra trabalha toda a pele e adjacências da entrada do canal vaginal mas tem predominância na porção muscular (MPP), localizada a cerca de dois centímetros para dentro da vagina e envolvendo o canal quase como um nó.

A função principal da massagem perineal é permitir um relaxamento progressivo da MPP, especificamente na entrada do canal vaginal, além dos tecidos locais adjacentes (pele, camada subcutânea, pequenos músculos circunvaginais superficiais, etc). A massagem perineal promove um relaxamento e alongamento progressivo dos MPP e dos tecidos da entrada vaginal, útil para os casos onde é necessária a facilitação na abertura do canal vaginal, como nos casos de vaginismo ou na preparação para o parto. (Ahtari & Dwyer, 2005)

Nesta altura a massagem perineal contribui de maneira decisiva para a consciencialização e auto-percepção da mulher para com estes musculos, fundamentais para o relaxamento consciente do local, necessários para a passagem do bebé (para a gestante) ou do pénis (para mulheres com algum grau de vaginismo (Ahtari & Dwyer, 2005).

A melhor posição para a realização da massagem perineal é a chamada posição ginecológica (a mesma do consultório do ginecologista: deitada da maneira mais confortável possível, pernas afastadas e pés apoiados). Outras posições alternativas são a sentada ou, em último caso, em pé com as pernas afastadas, como na auto-massagem realizada pela própria mulher, por exemplo, durante o banho (Ahtari & Dwyer, 2005).

Após a verificação do médico de que não existem problemas ginecológicos como infecções e tomados os cuidados de protecção individual (luvas), os dedos do terapeuta (ou da própria mulher) devem se lubrificadas com gel específico para este fim. Movimentos circulares delicados com dois dedos devem ser iniciados ao redor

da entrada do canal vaginal, concentrados na porção posterior (parte de trás da entrada da vagina, perto do ânus). (Achtari & Dwyer, 2005).

Esta sensação do alongamento (semelhante a um leve desconforto, latejante, ou uma ardência mais profunda - que não na pele) deve ser sustentado até que diminua ou desapareça (o que leva cerca de 20 a 30 segundos, normalmente). A massagem pode ser realizada até mesmo todos os dias, de acordo com o plano de tratamento e a necessidade de cada caso. (Achtari & Dwyer, 2005).

## 6. Discussão

Vários são os mecanismos envolvidos na resposta sexual da mulher. O primeiro mecanismo, e talvez mais abstruso, é relativo às informações adquiridas acerca da sua sexualidade, a capacidade de reacção frente aos tabus impostos pela sociedade, bem como a ciência do seu direito sobre a satisfação sexual. O apanhado histórico mostra uma evolução expressiva da sexualidade feminina ao longo de décadas (Oyama, 2002).

Além do papel social, a literatura assinala outros factores influenciadores sobre a mulher, a citar os mecanismos neurais, hormonais e consciencialização corporal, de interacção imprescindível para a determinação do acto sexual (Guyton, 1993).

Dentre as estruturas neurais de relevância sobre a resposta sexual feminina, destaca-se o hipotálamo, pela contribuição na libertação hormonal, o córtex cerebral, pela determinação da execução ou não do acto, e as porções medulares inferiores, por serem as zonas efectoras do coito (Kandel, Schwartz, Jessell, 2000).

A resposta sexual feminina pode ser influenciada ainda pelo trânsito hormonal diário, encabeçado pelo estrogénio e progesterona, o que não descarta a acção imperiosa de uma gama de outras hormonas. A literatura lança a testosterona como gerador do impulso sexual inicial, tanto no homem quanto na mulher, sendo a sua presença imprescindível para o desejo e concretização do acto sexual (Silva, 2003).

O levantamento dos dados literários constata a íntima relação existente entre os músculos perineais e a resposta sexual feminina. A consciencialização e controlo sobre os músculos pélvicos desenvolvem um enriquecimento da performance sexual tanto da mulher quanto do seu parceiro, pois se contraídos voluntariamente durante o coito, os músculos vaginais promovem uma percepção de ampla de prazer sexual (Alves, 2002).

A contracção voluntária do músculo bulboesponjoso induz as glândulas de Bartholin a segregar material mucóide para o interior do canal vaginal, colaborando imenso

para a lubrificação vaginal da fase excitatória, um conforto garantido durante a penetração do pénis (Cardoso, 2004).

Os músculos elevadores do ânus, responsáveis pela dinâmica vaginal, favorecem a adaptação do pénis no canal vaginal durante o coito e permitem ainda uma contracção voluntária que complementa a performance feminina durante o coito (Grosse, Sengler, 2002).

Não só os mecanismos neurais, hormonais ou musculares têm destaque no processo da sexualidade feminina. Além do esclarecimento sobre a sua função sexual e prazer, faz-se necessário explicar o papel da mulher frente às eventuais disfunções sexuais, uma necessidade de procura pelo tratamento com o profissional habilitado para tal, garantindo assim o afastamento total ou parcial da queixa de insatisfação sexual (Masters, Johnson, 1975 citado por Rodrigues, 2001). Com a revisão da literatura, foi possível observar o desenvolvimento da mulher no que toca a sua sexualidade, porém, este faz-se de maneira ainda muito lenta e gradual, induzindo à incógnita da sua real causa, atribuída ao tabu social, dúvidas pertinentes ao sexo, acomodação ou mesmo outros factores ainda desconhecidos.

Sobre as hormonas na acção relevante na RSF, destacam-se os estrogénios, como determinantes no processo de feminilidade da mulher e geradores de desejo sexual; a progesterona, por favorecer a menstruação e fecundação, complementadas pela acção prévia dos estrogénios; e a testosterona, principal hormona produtor de impulso sexual, e sem acção do qual o coito não se consumaria. O destaque às três não reduz ou simplifica a importância da acção das demais hormonas apresentadas.

Dentre as estruturas neurais envolvidas na RSF, destacam-se o hipotálamo, pela acção imperiosa na liberação hormonal; o sistema límbico, centro regulador das emoções humanas; e a medula espinhal, por ser a região efectora do coito.

Os músculos exercem uma acção importante e significativa na RSF, com destaque ao bulboesponjoso, cuja contracção voluntária reduz a luz do intróito vaginal, comprimindo o pénis do parceiro e aumentando a sensação de prazer do casal, além de colaborar para a lubrificação, por activar as glândulas de Bartholin.

Outro destaque é dado ao músculo isquiocavernoso, que reveste o corpo do clítoris e auxilia na erecção deste, quando contraído. O músculo elevador do ânus tem grande importância por favorecer a adaptação continente/conteúdo durante a penetração vaginal.

A mistificação sobre a resposta sexual feminina carece de aperfeiçoamento, pois muitos dados ainda mostram-se insatisfatoriamente explorados e esclarecidos, dificultando o prestígio da anatomia e fisiologia sexuais como primorosos, um facto conseqüente ao tabu social ou mesmo à falta de incentivo científico. Muitos textos mostraram-se repetitivos, o que confirma a existência de informações limitadas sobre o processo sexual da mulher.

Surpreende o facto de um acto fisiológico, indispensável para a reprodução humana e existente desde o princípio da vida, ainda deixar dúvida para a ciência, além de ser considerado um tema inoportuno para diálogo com os pais, filhos e sociedade no geral.

Já que, culturalmente, a mulher tende a esconder suas disfunções sexuais por acomodação com a situação, ou mesmo por desconhecimento da existência de tratamento, uma arguição directa e delicada deve ser aplicada durante a avaliação funcional do pavimento pélvico, através de um questionário criterioso, com perguntas direccionadas mais especificamente à prática sexual feminina.

No que diz respeito ao papel da fisioterapia existe um consenso em relação aos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, que melhoram as disfunções sexuais e melhoram a performance da mulher durante o acto sexual.

Em relação ao biofeedback é o único que já passou por estudos controlados e demonstraram que houve um aumento do tónus e a diminuição da estabilidade muscular do pavimento pélvico mostrando que houve melhoria nas relações sexuais, não revelando os parâmetros utilizados no tratamento.

A electroestimulação revela aumento no tónus muscular em estudos de incontinência urinária, não sendo mencionados estudos directamente a ver com as disfunções sexuais femininas, da mesma forma que os cones vaginais.

Com o referente trabalho, pode-se observar a necessidade de elaboração de novas pesquisas dentro do universo que corresponde à fisioterapia na disfunção sexual feminina.

Uma investigação sobre o processo da sexualidade experimentado pela mulher é imprescindível neste momento, principalmente pelo facto da literatura mostrar-se, insuficiente na conclusão de pressupostos, pela escassez de trabalhos científicos publicados.

Sendo o fisioterapeuta um profissional da área de saúde, gerador de qualidade de vida, e tendo ele adquirido um espaço para o tratamento das disfunções do pavimento pélvico, cabe-lhe, também, o dever de investigação sobre as disfunções sexuais femininas, bem como a elaboração de um plano de tratamento direccionado para a necessidade de cada paciente.

## 7. Conclusão

O presente trabalho teve como objectivo analisar e compreender a eficácia das diversas metodologias de intervenção da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas, descrever a sexualidade na mulher, apresentar a anatomo-fisiologia da função sexual feminina, descrever a etiologia e epidemiologia das disfunções sexuais femininas, esclarecer os inúmeros aspectos relacionados com a intervenção da Fisioterapia, tendo não só em conta o aspecto funcional, mas também o aspecto social e psicológico, dar a conhecer a importância da fisioterapia, pois tem um papel relevante no tratamento destas patologias e pouco divulgada.

É relevante o papel da fisioterapia na disfunção sexual feminina, na performance sexual feminina, alcançando de forma positiva o esperado pelo trabalho.

Segundo a literatura os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, são a terapia mais efectiva usada pela fisioterapia, na intervenção das disfunções sexuais femininas, melhorando a performance da mulher durante o acto sexual.

Com este trabalho pode-se observar que a Fisioterapia tem muito a evoluir na área da saúde da mulher. Principalmente na disfunção sexual, que é descoberta e aperfeiçoada a cada dia. Com a evolução da área e procura das mulheres por uma maior qualidade de vida sexual, é de suma importância que a Fisioterapia continue a crescer e se desenvolva para atender as exigências das mulheres modernas

Portanto futuras investigações sobre esta temática são necessárias para aprofundar este campo da fisioterapia pouco abordado e com grande margem de interesse e progressão.



## 8. Bibliografia

- Abdo, C. H., Oliveira, W. M., Moreira E. D., Fittipaldi, J. A. S. (2004). Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.*; 16: 160-6.
- ACHTARI C & DWYER PL. (2005). Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v.19, n.6, p. 993-1008.
- AGNES, J. (2004). *Eletroterapia Teórica e Prática*. (1º ed.) Rio Grande do Sul: Palotti
  
- Almeida, M. R. G. et al. (2002). *Manual para elaboração de trabalho científico*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão.
- Alves, S. (2002). *Pompoar: a arte de amar* (2ª ed.) São Paulo: Madras.
- American Psychiatric Association 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed). Washington: American Psychiatric Association.
- Araújo M. I., Soares C. (1987). Como lidar com uma disfunção sexual feminina. In Gomes, F. A., Albuquerque A., Nunes, J. S. *Sexologia em Portugal – A sexologia clínica*. Lisboa: Texto Editora;
- Back, L. R. A falta do desejo sexual feminino – aspectos psicossociais. Consultado em 18 Outubro 2009 através [http://www.mps.com.br/infoserv/renascer/desejo\\_sexual.htm](http://www.mps.com.br/infoserv/renascer/desejo_sexual.htm)

R. Vaginismo. Desejo sexual. Consultado em 18 Outubro 2009 através <http://www.mps.com.br/renascer/vaginismo.htm>>

Falta do desejo sexual feminino por decorrência orgânica: revisão bibliográfica. Sexualidade feminina. Consultado em 20 Outubro 2009 através <http://www.mps.com.br/renascer/sexfem.htm>

➤ Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. Edimburgh; Churchill Livingstone

➤ Ballone, G.J. Disfunção sexual feminina.

Consultado em 20 Outubro 2009 através <http://www.psiqweb.med.br/sexo/frigidez.html>

O desejo sexual. Psiqweb. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.psiqweb.med.br/sexo/desejo.htm> \_\_\_\_\_.

O que é normal em sexualidade? Psiqweb. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.psiqweb.med.br/sexo/problema.html>

➤ Baracho, E. (2002). *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. (3. ed.) Rio de Janeiro: Medsi

➤ Berenstein E. (2001). *A inteligência hormonal da mulher*. Rio de Janeiro: Objetiva.

➤ Bragonier, J. R., Reading, A. E. (1994) *Sexualidade humana*. In: HACKER, N. F.

➤ Braz, M. M., Brongholi, K., Medeiros, M.W. (2004). Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. **Revista Fisioterapia Brasil**, v.5, n.3, p.198

➤ Brito, P. L., Almeida, E. C. S., Canella, P., Pinto, C. T., (1997). *Alguns aspectos das disfunções sexuais femininas*. Revista GO Atual, v. 6, n. 3

- Boscov, I.; Marthe, M. (2003). Como nossos ancestrais. Revista Veja, v. 36, n. 29
- Boyland, B. R., (1980). *Orgasmo: um livro minucioso...* Rio de Janeiro: Artenova.
- Burgierman, D. R. et al. (2003). A ciência do sexo. Revista Super Interessante, n.189, Jun.
- Canella, P., (1998). Problemas da sexualidade na adolescência. Revista GO atual, (v. 7, n. 3, p. 44-45).
- Cardoso, M. A., Rubinstein, E. Região perineal. Consultado em 21 Outubro 2009 através [http://www.icb.ufmg.br/~anatmed/regiao\\_perineal.htm](http://www.icb.ufmg.br/~anatmed/regiao_perineal.htm)
- Cardoso, S. H., *Como o cérebro organiza o comportamento sexual*. Consultado em 07 Outubro 2009 através <http://www.epub.org.br/cm/n03/mente/sexo.htm>
- Collee, J. (1997). Biologia de la atraccion sexual. Revista Orgyn, v.8, n. 1, p. 8-11.
- Crossaman, A. R., Neary, D., (2002). *Neuroanatomia: um texto ilustrado em cores* (2. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Dângelo, J. G., Fattini, C. A., (1997). *Anatomia humana sistêmica e segmentar* (2. ed.) São Paulo: Atheneu
- Delvin, D., Webber, C. (2004). *Entendendo e melhorando o seu orgasmo*. São Paulo: Phorte
- Dio, L. J. A., Bagnoli, V. R. (2002). Sistema genital feminino. In: DIO, L. J. *A Tratado de anatomia sistêmica aplicada* (2. ed.) V.2. São Paulo: Atheneu..
- Douglas, C. R., (2000). *Tratado de fisiologia aplicada à ciência da saúde* (4. ed.) São Paulo: Robe.
- Ferreira, M. M., (2004). O assoalho pélvico e a resposta sexual feminina: uma revisão da literatura. 2004. Monografia (curso de Fisioterapia) - Faculdade Santa Terezinha, São Luís.
- FIELD, Derek. ( 2001). *Anatomia palpatória*. (2. ed.) São Paulo: Mande

- Fiore, J. D., (2000). *O guia completo para...* São Paulo: Manole
- Fisher, S., (1975) .*O orgasmo da mulher*. São Paulo: Manole.
- Fortin, M., (2003) *O Processo de Investigação: Da Concepção à realização*. (3ª ed.). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas.
  
- Furlani, J. Orgasmo e prazer femininos. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.jimena.net/mulheres/orgasmoeprazerfem.htm>
- Francone, C. A., Jacob, S. W., Lossow, W. J. (1990). *Anatomia e fisiologia humana* (5. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Frank, H., Netter, M. D, (2001). *Atlas de anatomia humana*. (2. ed.) São Paulo: Artmed.
- Frankenhuis, M. T., (1997). Variações sobre um tema. *Revista Orgyn*, v. 8, n. 3, p. 53- 56.
- Gonçalves, N., (2002). Distúrbios ginecológicos e sexualidade. In: Piato, S. *Tratado de ginecologia* (2. ed.) São Paulo: Artes médicas.
- Groot, J., (1994). *Neuroanatomia*. (21. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Grosse, D., Sengler, J., (2002). *Reeducação perineal*. São Paulo: Manole,
- Guyton, A. C., (1993). *Neurociência básica: anatomia e fisiologia*. (2. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
- Guyton, A. C., Hall, J. E., (1998). *Fisiologia humana e mecanismo das doenças* (6. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Hacker, N. F., Moore, J. G., (1994). *Fundamentos de ginecologia e obstetrícia* (2. ed.) Porto Alegre: Artes médicas
- Haddad J. M., (1996). Avaliação funcional do assoalho pélvico. *Sinopse de ginecologia e obstetrícia*, n. 2, p. 35-36.

- Halbe, H. W. (2000). Ressonância magnética dos órgãos genitais masculinos e femininos durante o coito e a fase de excitação sexual da mulher. Sinopse de ginecologia e obstetrícia, n. 1.
- Heiman J. R. (2000). *Orgasmic Disorders in Women*. In Leiblum S. R., Rosen, R.C., *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press
- Herman H. (2005). *Physical therapy for female sexual dysfunction*. In: *Women's Sexual Function and Dysfunction* Goldstein I, et al, eds. London, England: Taylor & Francis.
- Iannetta, O. et al. (1998). Inquérito sobre a sexualidade da mulher no climatério: masturbação. *Revista GO atual*, v. 7,n. 1-2.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M. (2000). *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kinsey A. (1970). *O comportamento sexual da mulher*. Lisboa: meridiano.
- Kolb, B., Whishaw, I. Q. (2002). *Neurociência do comportamento*. São Paulo: Manole.
- Kostman, A. (2003). Beijinho, beijinho; tchau, tchau. *Revista Veja*, v. 36, n. 10.
- Laumann E. O., Paik, A., Rosen R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*; 281:537-44.
- Leiblum S. R., Rosen, R.C. (2000). *Principles and practice of sex therapy*. New York: Guilford Press;
- Leite, R. C., Ribeiro, L. Silva, M. L. N., (2003). *A verdade sobre reposição hormonal*. São Paulo: Temas de hoje,
- Leonardi, T. (1996). *O segredo da sexualidade feminina: o ponto G, orgasmos múltiplos...* Rio de Janeiro: Objetiva.
- Leoparti, Maria Tereza (2002). *Metodologia de pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC
- Lopes, C. M. C., Halbe, H. W. (1996). A mulher, a pele e os hormônios. Sinopse de ginecologia e obstetrícia, n. 2, p. 37-47, jun.

- Lopes, G. (1998). Abordagem sexológica pelo ginecologista. In: VIANA, L. C. et al Ginecologia. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Lopes, G., Goodson, L., Cavalcanti, S. (1995). *Sexologia e ginecologia*. Rio de Janeiro: MEDSI
- Lorius, C. (2000). **Sexo Tântrico**: como prolongar... (3. ed.) Rio de Janeiro: Ediouro.
- Lukacs, B., (2001). Assesment of male sexual function. **Prostate cancer and prostatic diseases**. n. 4. Suppl. 1.p. 7-11.
- Lundy-Ekman, L. (2000). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,
- Manley, G., Odom, L. (2006). Treating female pelvic disorders using a combination of pelvic floor physical therapy and sex therapy. *Contemp Sex.*;40(3):13-18
- Martin, J. H., (1998). *Neuroanatomia texto e atlas*. Porto Alegre: Artes médicas,
- Masters, W., Johnson, V., (1988). *A Inadequação Sexual Humana*. (1. ed.) São Paulo: Roca
- Mendes, F. (1987). As disfunções sexuais femininas. In Gomes F. A., Albuquerque, A., Nunes J. S., *Sexologia em Portugal – A sexologia clínica*. Lisboa: Texto Editora.
- Meneses, M. S. (1999). *Neuroanatomia aplicada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Montgomery, M. (2002). Resposta sexual feminina. In: PIATO, S. *Tratado de ginecologia*. (2. ed.) São Paulo: Artes médicas
- Montoro, G. C. F. (1983). Algumas características da resposta sexual feminina.
- Moore, J. G. (1994). *Fundamentos de ginecologia e obstetrícia*. (2. ed.) Porto Alegre: Artes médicas.
- Moore, K. L. 1994. *Anatomia orientada para a clínica*. (3. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Moreira, T.F. Anorgasmia feminina. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.aomestrecomarinho.com.br/sexo/anorgas.htm>
- Moreno, A. L. (2004). *Fisioterapia em uroginecologia*. São Paulo: Manole.
- Nancy, A., Phillips, M. D. (2000). Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician*. n.62. p.127-136.
- Nascimento, L. G., Lopes, G. P. (1995). Ética em sexologia. *Revista GO atual*, v. 4, n. 9
- Nora, I. E., Nora, L. P. (2002). Disfunção orgásmica feminina. In: Boff, R. A., Kavanagh, J. J. *Ginecologia e mastologia: um guia prático*. Caxias do Sul: Educs.
- Oyama, T. (2002). Quando o sexo esfria. **Revista Veja**, v. 35, n. 34
- Pacheco J. (1987). Determinantes psicossociais. In Gomes F. A., Albuquerque A., Nunes J. S., *Sexologia em Portugal – A sexologia clínica*. Lisboa: Texto Editora.
- Pedace, A. F., Hotta, E. H., Halbe, H. W. (1993). Conversando de sexo com adolescentes. *Sinopse de ginecologia e obstetrícia*, n. 2, p. 118
- Pedace, A. F., HALBE, H. W. (1999). Contracepção e sexualidade da mulher. *Revista Sinopse de ginecologia e obstetrícia*, v. 3, n. 3
- Persson, E. (1994). Comportamento sexual dos adolescentes. *Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia*, n.5, p. 43
- Petricelli, C. D. (2003). A importância dos exercícios perineais na saúde e sexualidade feminina. *Revista Fisio&Terapia*, v. 7, n. 37, p. 24-25
- Piato, S. (2002). *Tratado de ginecologia* (2. ed.) São Paulo: Artes médicas.
- Picheth, T. (2006). *Metodologia da Pesquisa*. Aostila do Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos. São Paulo.

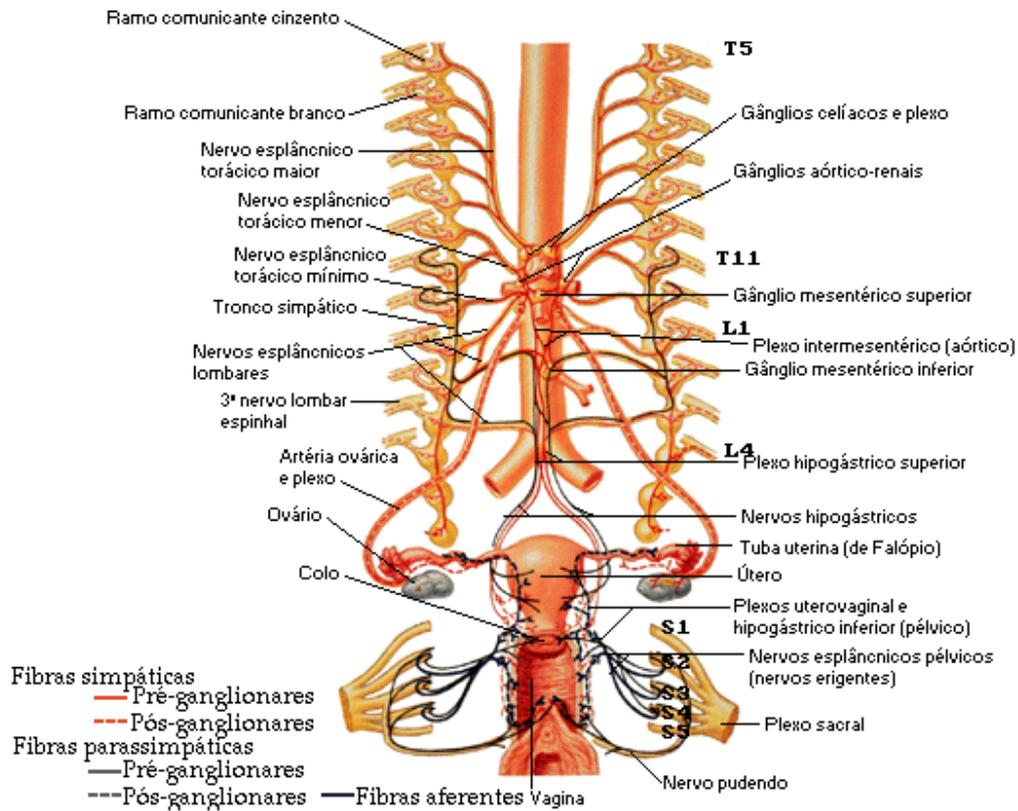
- Pineda, N. C. (1994). A sexualidade ilegal na adolescência. Sinopse de Ginecologia e obstetrícia, n. 2, p. 49
- Pinheiro, D. (2003). Se minha cama falasse... Revista Veja, v. 36, n. 20
- Polden, M., Mantle, J. (2002). *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Santos.
- Quintas, V. (2002). *Biologia do sexo*. São Paulo: Manole.
- Rabelo, A. L. G. (2002). Proposta de tratamento fisioterapêutico através de exercícios perineais para mulheres com anorgasmia secundária. Revista Fisioterapia Brasil.
- Reich, W. (1979). *A função do orgasmo*. (5 ed.) São Paulo: Brasiliense.
- Rodrigues, O. M. (2001). *Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas...* São Paulo: Summus.
- Rojtenberg, C. (2004). Anorgasmia. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.sexologia.com.br/fanorgasmia.htm>
- Rosa, G.L.S. Bases histofisiológicas do orgasmo feminino... Projeto conceitos e preconceitos. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.multipolo.com.br/histologia/orgasmo.htm>
- Rosenbaum, T., Owens, A. (2008). The Role of Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of Pelvic and Genital Pain Related Sexual Dysfunction. *Journal of Sex Med.*
- Rosenbaum, T. (2008). The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction. *Current Sexual Health Reports*, 5:97-101.
- Rosenbaum, T. (2007). Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and The Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment. Literature Review, *Journal of Sex Med*, 4, 4-13.
- Rosenbaum, T. (2006). The Role of Physiotherapy in Sexual Health: Is it Evidence Based? *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 58-71.

- Rosenbaum, T. (2005), Physiotherapy treatment of sexual pain disorders *Journal Sex Marital Therapy*, 2005; 31(4):329-340.
- Saadeh, A. O ponto G e o orgasmo feminino. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.saudetotal.com/publico/sexo/pontog.htm>
- Santos, I. A. (2004). Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária em pacientes submetidos a prostatectomia radical: revisão de literatura. Monografia (Curso de Fisioterapia). Faculdade Santa Terezinha, São Luis
- Silva, A. M. C. et al. (1982). Introdução ao estudo da sexualidade feminina. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, v. 31, n. 5, p. 315-324.
- Soares C. (2003). Disfunções sexuais femininas. In Fonseca L., Soares C., Vaz J. M. *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I*. Coimbra: Quarteto.
- Soucasaux, N. **A resposta sexual na mulher**. Consultado em 21 Outubro 2009 através [http://www.madhava.jor.br/junho01\\_8htm](http://www.madhava.jor.br/junho01_8htm)  
**A resposta sexual na mulher**. Consultado em 21 Outubro 2009 através <http://www.guiasexual.com.br/artigos/respostasexualmulher.htm>
- Souza, M. C. B. (1989). Regulação neuroendócrina e fisiopatológica do ciclo sexual I. *Femina*.
- Souza, M. C. B. (1989). Regulação neuroendócrina e fisiopatológica do ciclo sexual II. *Femina*.
- Souza, R. R. 2001. *Anatomia humana*. São Paulo: Manole.
- Warwick, R., Williams, P. L. (2004) *Gray Anatomia*. (35. ed.) Rio de Janeiro: Guanabara
- West S.L., Vinikoor L.C., Zolnow (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res.*; 15: 40-172. Koogan, 1979.
- Wincze J. P., Carey M. P. (2001). *Sexual Dysfunction – A guide for assessment and treatment*. New York: Guilford Press;

# AneXos

ANEXO A

INERVAÇÃO DOS ÓRGÃOS REPRODUTORES FEMININOS



INERVAÇÃO DOS ÓRGÃOS REPRODUTORES FEMININOS Fonte: FRANK NETTER, 2001

## ANEXO B

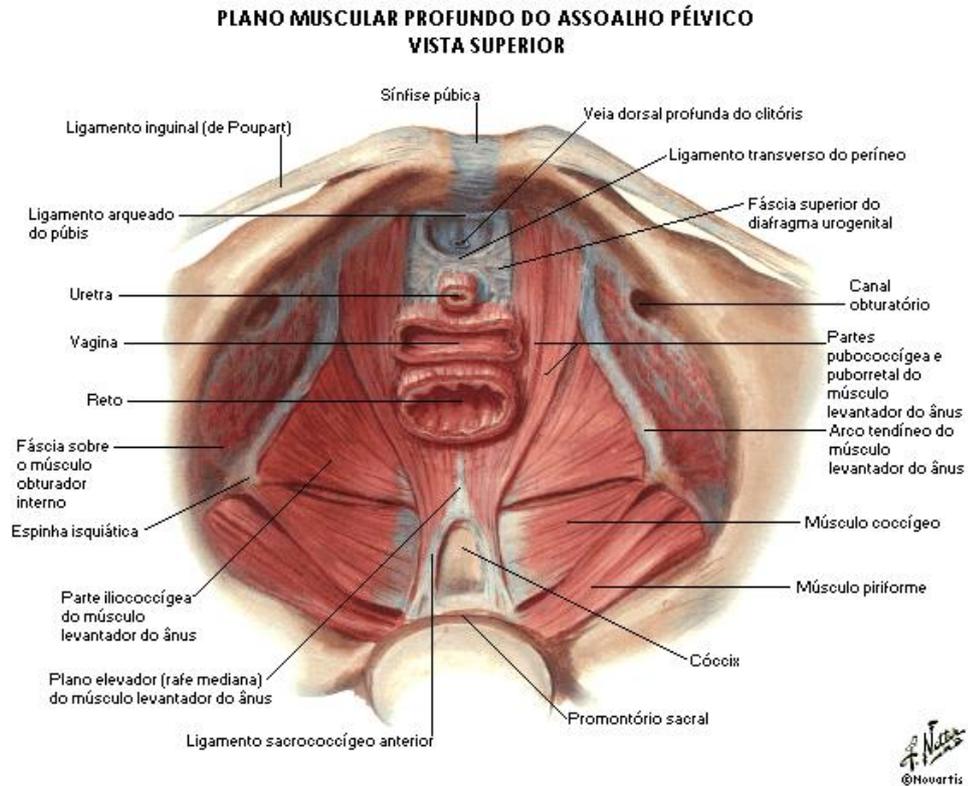
HORMONAS QUE ATUAM NA RSF		
Hormonas	Presença	Alterações
Estrogénio	<p>Postura sedutora; Sexualidade extrema; Pele lisa e brilhante; Romantismo; Vigilância; Sensação de ambiguidade; Maior sensibilidade olfactiva; Bom humor (anti-depressivo);</p> <p>Redução do stress e apetite.</p>	<p>- Carência:</p> <p>Postura relaxada;</p> <p>Submissão e apatia; Pele seca;</p> <p>Depressão; Medo; Apreensão;</p> <p>Irritabilidade;</p> <p>Irresolução; Insegurança;</p> <p>Pessimismo.</p>
Progesterona	<p>Edema generalizado; Aumento de peso;</p> <p>Pele opaca; Postura maternal; Redução do desejo sexual (quando associado com a prolactina); Preservação da gravidez; Distracção e esquecimento;</p> <p>Comportamento autodestrutivo;</p> <p>Carência de protecção; Agressão defensiva; Embotamento; Depressão;</p> <p>Irritabilidade; Sedação leve; Aumento da temperatura corporal; Desejo alimentar;</p> <p>Perda do sentido do tacto.</p>	<p>- Carência:</p> <p>Aborto espontâneo;</p> <p>Irregularidades no ciclo menstrual.</p> <p>-Excesso:</p> <p>Compulsão alimentar;</p> <p>Cansaço, inchaço e sono.</p>
	<p>Regula o eixo hipotálamo-hipófise;</p> <p>Controla a temperatura basal; Activa a transpiração; Alívio da dor; Melhora do humor; Aumenta o apetite; Influid no comportamento sexual; Diminui</p>	<p>- Carência:</p> <p>Alterações na temperatura;</p>

Endorfinas	as psicoses; Age no Sistema Límbico, prevenindo a depressão; Reduz stress.	Aumento do pulso periférico; Insónia; Ansiedade; Depressão; Nervosismo; Irritabilidade; Dores musculares e articulares.
Androgénios	Sensatez; Maior capacidade de síntese; Irritabilidade; Bom humor; Melhora a cognição; Anti-depressivo potente; Aumento do desejo sexual; Fluxos rápidos durante a excitação sexual.	- Excesso: Ciclos menstruais irregulares; Obesidade; Agressividade; Abortos espontâneos.
Prolactina	Actua na performance sexual.	- Excesso: (gravidez e amamentação) Diminui o desejo sexual; Inibe a Lubrificação vaginal durante a fase de excitação sexual; Depressão; Fadiga; Deficit de atenção.
Adrenalina	Reacção a ameaças. Adrenalina + estrogénios = conflito Adrenalina + andrógenios = impulsividade	- Excesso: Stress; Distúrbios do sono; Enfarto agudo do miocárdio; Fadiga crónica.
		- Excesso: Euforia; Altera o impulso sexual. ↑Serotonina = ↓Testosterona (estrogénios agem

<p>Serotonina</p>	<p>Modulação do humor; A circulação é estimulada quanto mais intensa e satisfatória for a vida sexual.</p>	<p>aumentando a feminilidade).</p> <p>- Carência:</p> <p>Depressão; em casos mais graves, suicídio; Inibe o impulso sexual;</p> <p>Alcoolismo; Instabilidade comportamental.</p> <p>↓Serotonina = ↑Testosterona</p>
<p>Ocitocina</p>	<p>Contacto físico; Picos: orgasmo e amamentação; Trabalho de parto; Ejecção do leite materno; Aumenta produção durante o coito.</p>	<p>- Carência:</p> <p>Diminuição na liberação de serotonina (sensação de bem-estar)</p>

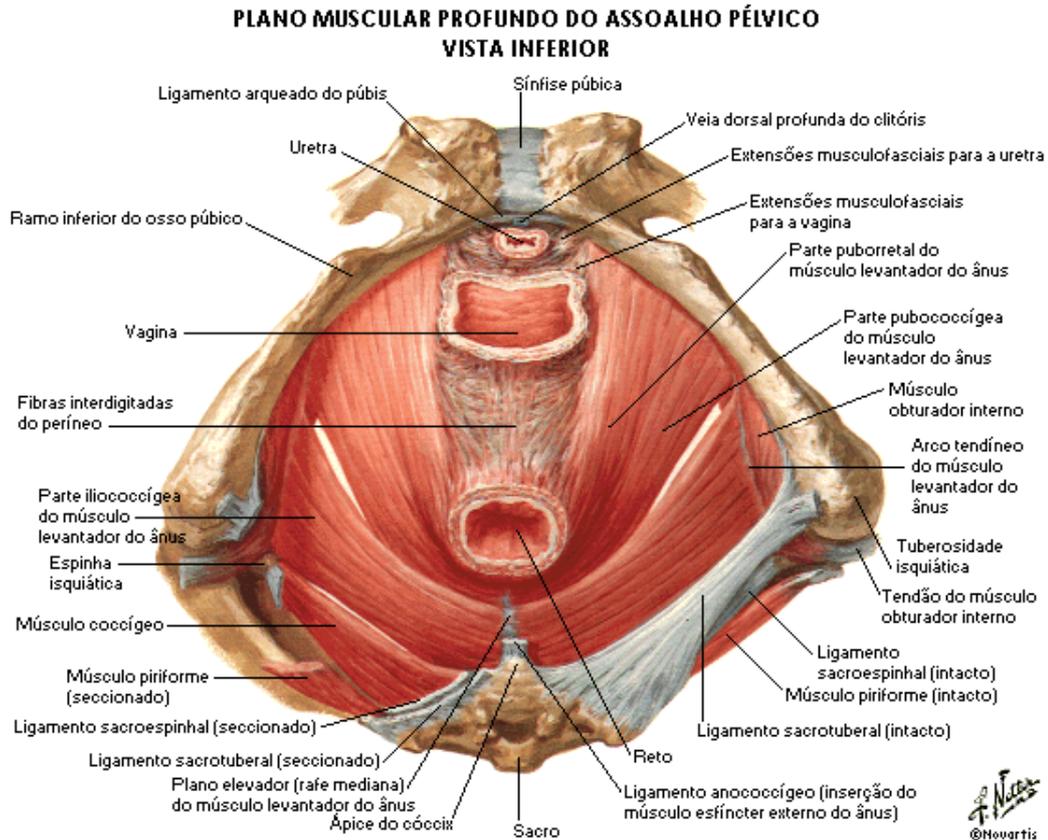
**PRINCIPAIS HORMONAS COM ACTUAÇÃO NA RESPOSTA SEXUAL FEMININA**

## ANEXO C



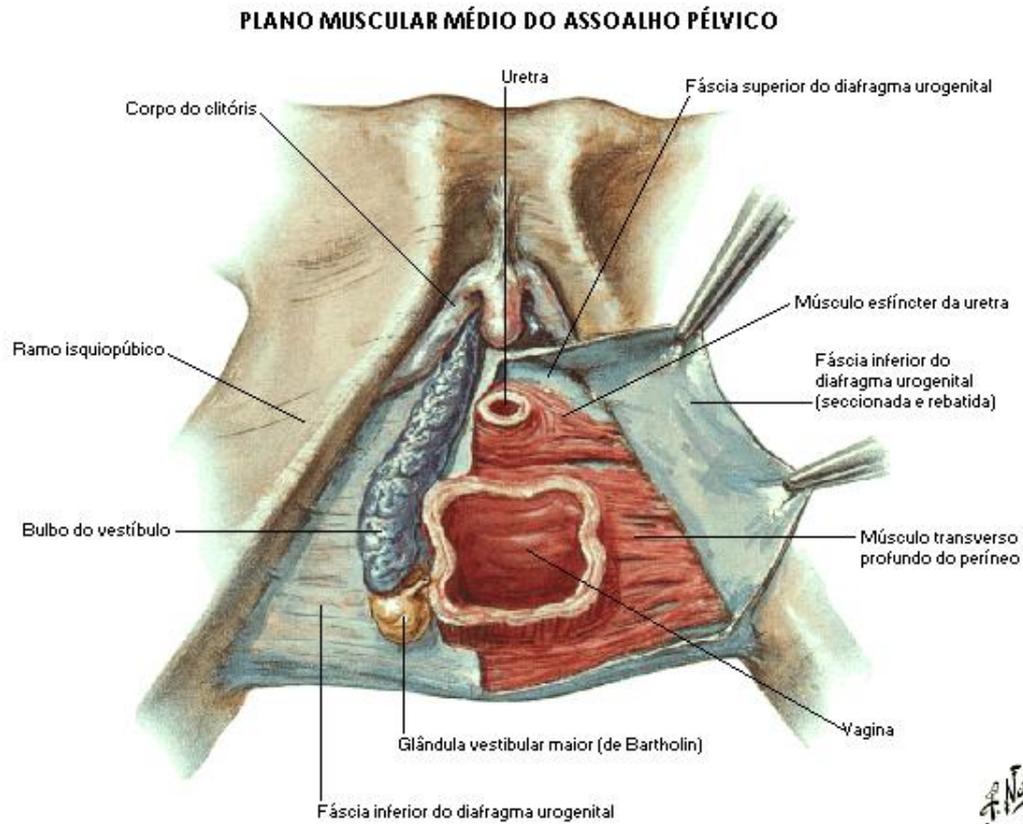
## PLANO MUSCULAR PROFUNDO DO PAVIMENTO PÉLVICO – VISTA INFERIOR - Fonte: FRANK; NETTER, 2001

## ANEXO D



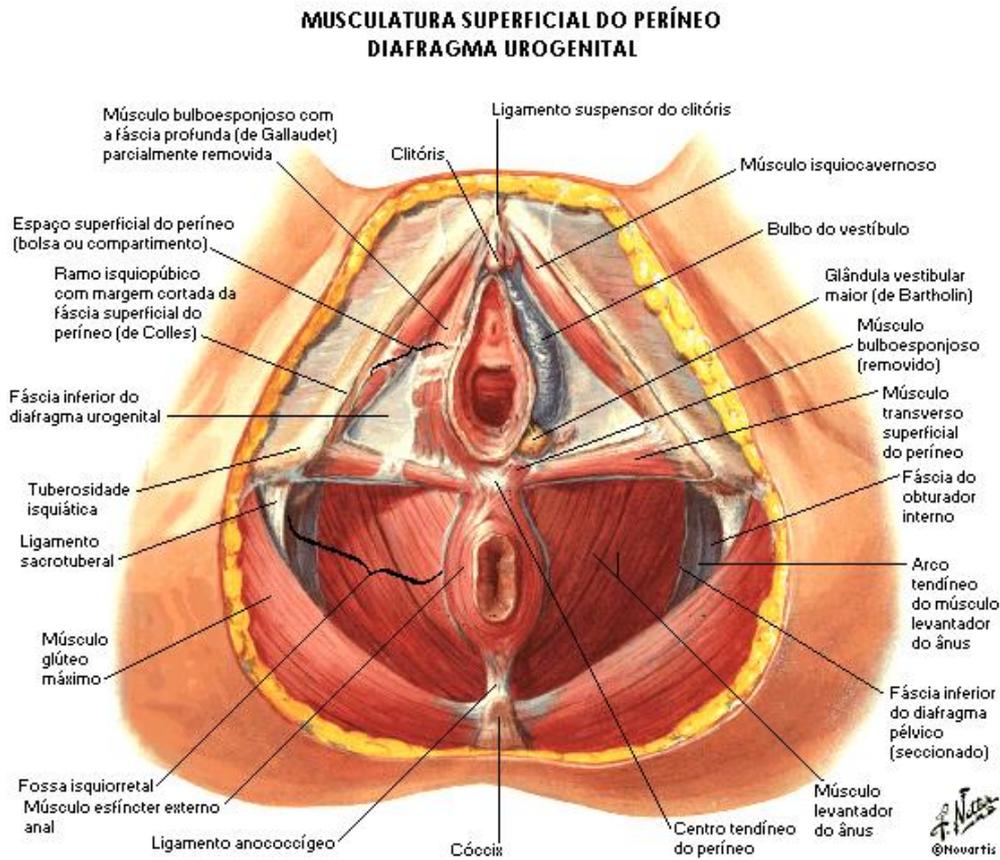
## PLANO MUSCULAR PROFUNDO DO PAVIMENTO PÉLVICO – VISTA INFERIOR - Fonte: FRANK; NETTER, 2001

## ANEXO E



**PLANO MUSCULAR MÉDIO DO PAVIMENTO PÉLVICO** - Fonte: FRANK;  
NETTER, 2001

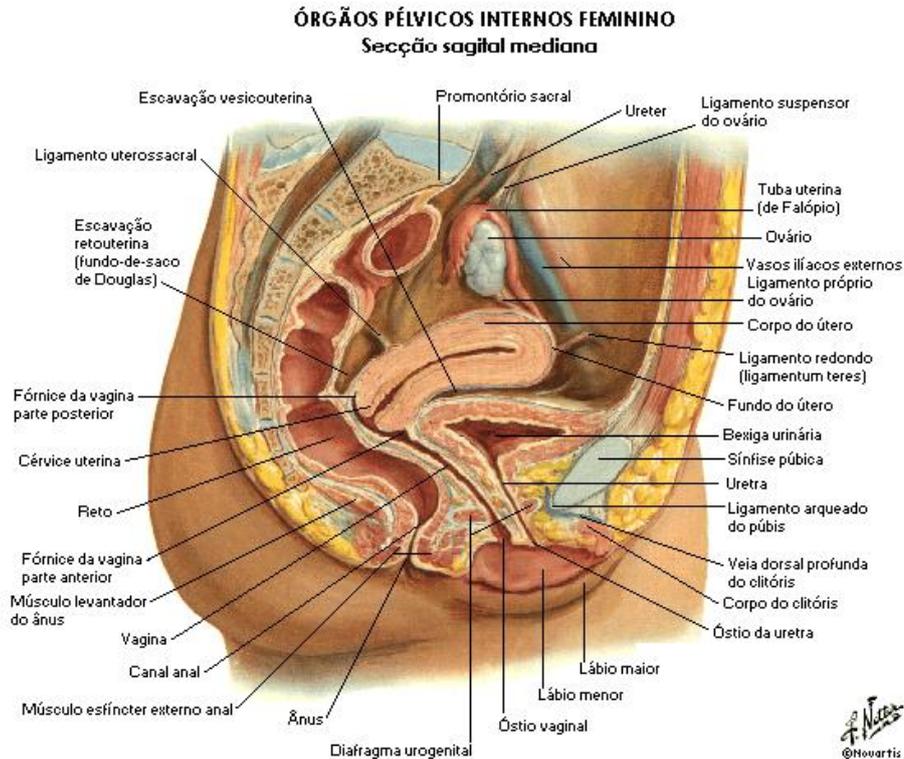
## ANEXO F



## MUSCÚLOS SUPERFICIAIS DO PERÍNEO – DIAFRAGMA UROGENITAL

- Fonte: FRANK; NETTER, 2001

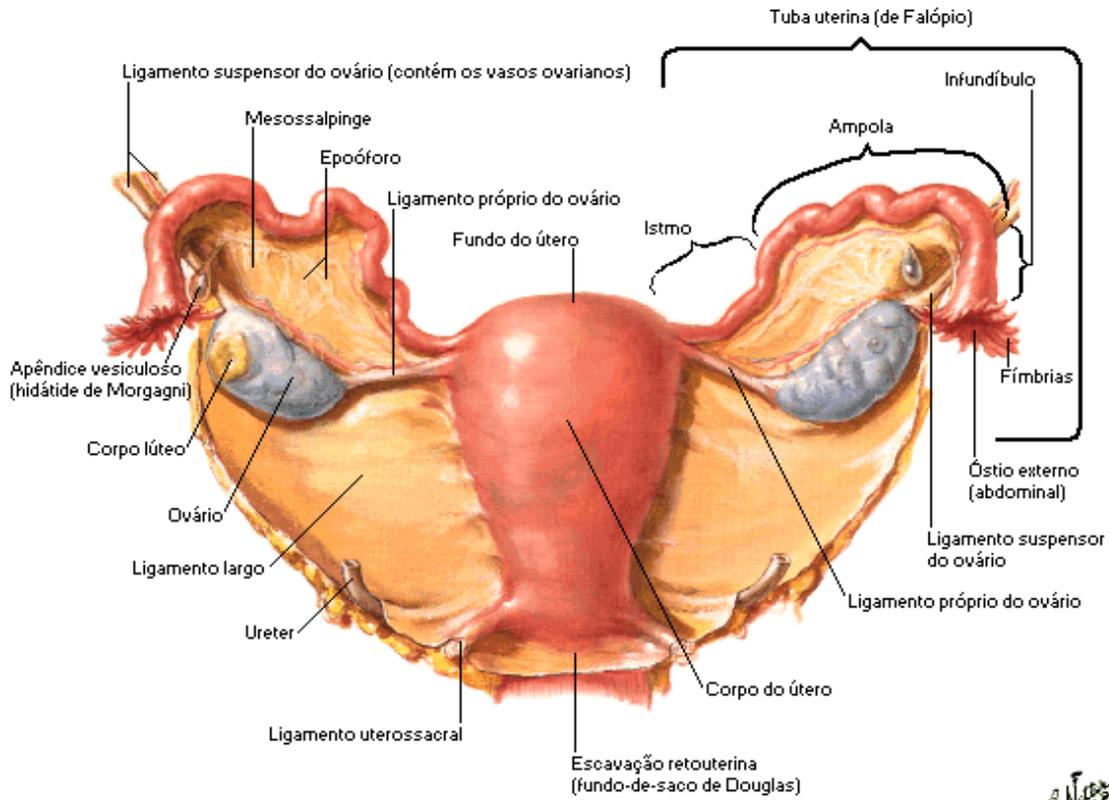
## ANEXO G



**ÓRGÃOS PÉLVICOS INTERNOS FEMININOS** - Fonte: FRANK; NETTER, 2001

## ANEXO H

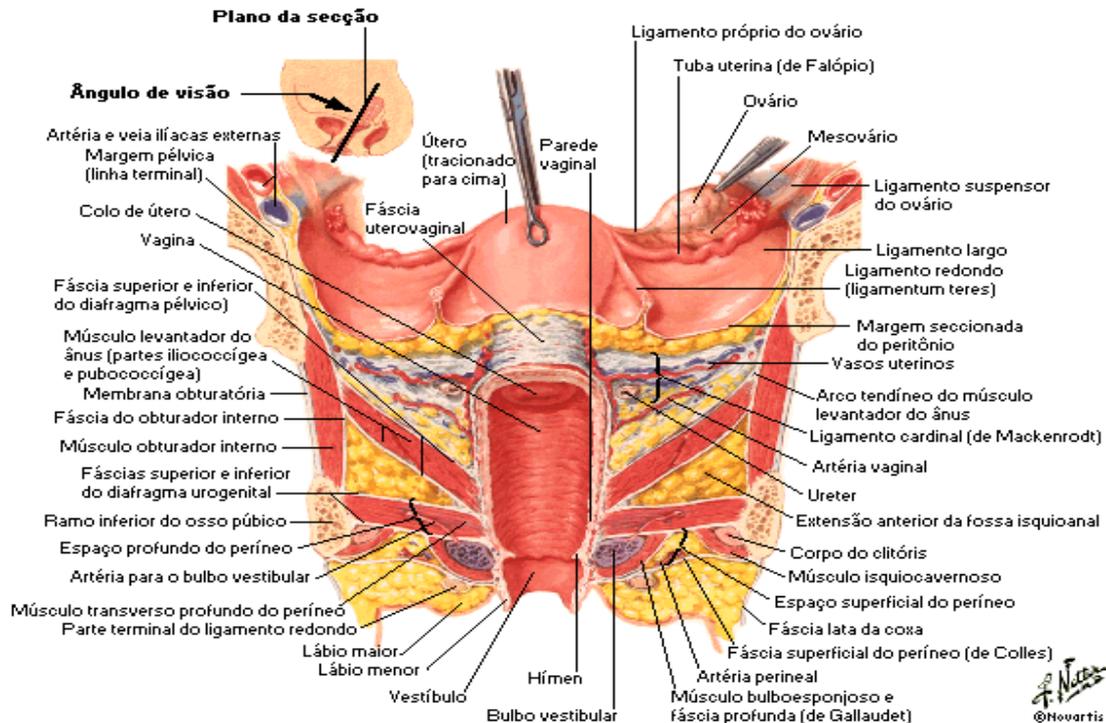
### ÚTERO, TROMPAS UTERINAS E OVÁRIOS



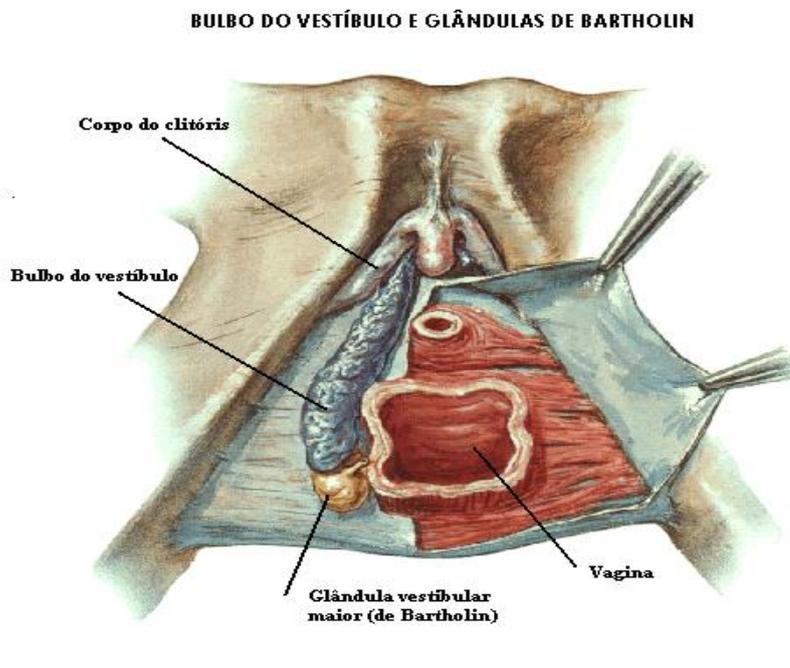
Novartis

## ANEXO I

### SUSTENTAÇÃO DA VAGINA

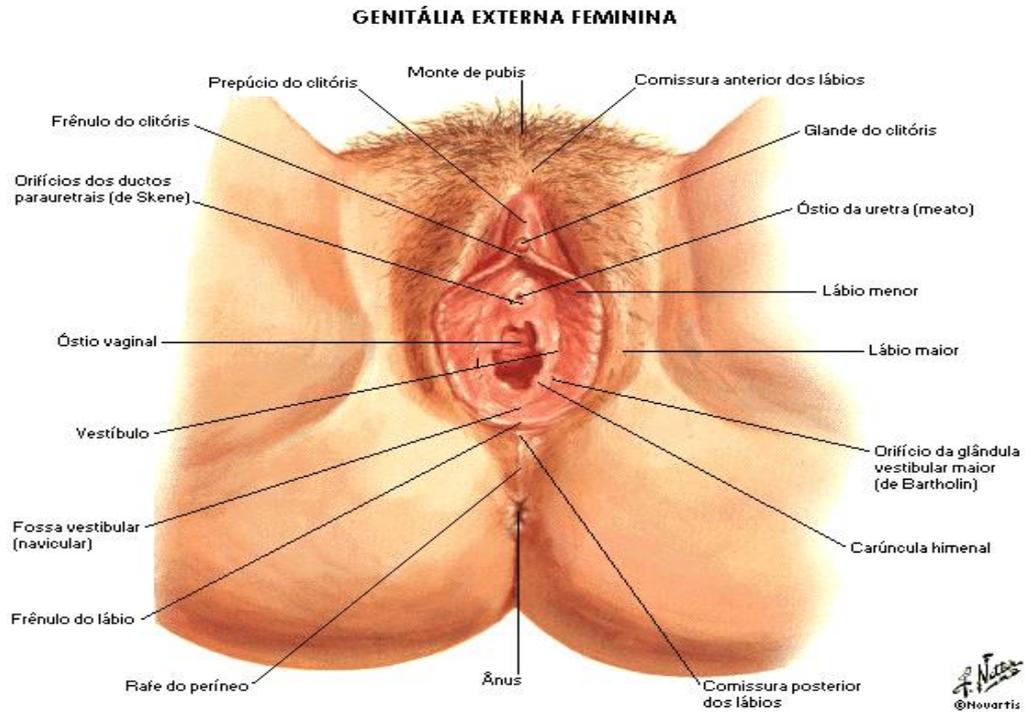


## ANEXO J



**BULBO DO VESTÍBULO E GLÂNDULAS DE BARTHOLIN** - Fonte: FRANK  
e NETTER, 2001

## ANEXO L



**ORGAÕS REPRODUTORES FEMININOS EXTERNOS** - Fonte: FRANK e NETTER, 2001

## ANEXO M

<b>FACTORES ORGÂNICOS COM EFEITOS NEGATIVOS SOBRE O DESEJO SEXUAL</b>	
<b>Doenças Endocrinológicas</b>	<b>Fármacos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperprolactinémia iatrogénica ou por adenoma hipofisário</li> <li>• Hipotestosteronémia (sobretudo na menopausa)</li> <li>• Hipotireoidismo</li> <li>• Insuficiência da supra-renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Antidepressivos (SSRIs, tricíclicos)</li> <li>• Medicamentos com efeito anti-androgénio</li> <li>• Medicamentos que aumentem a prolactina</li> <li>• Anti-hipertensores centrais</li> <li>• Diuréticos com efeito sedativo e depressor</li> <li>• A pílula ?</li> </ul>
<b>Doenças Asténicas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatite viral e crónica activa</li> <li>• Mononucleose infecciosa</li> <li>• Sida</li> <li>• Alcoolismo</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Tabagismo</li> <li>• Insuficiência renal crónica</li> <li>• Insuficiência cardíaca congestiva</li> <li>• Parkinson</li> </ul>	

**FACTORES ORGÂNICOS COM EFEITOS NEGATIVOS SOBRE O DESEJO SEXUAL – Fonte:** (Adaptado de Hirsch para laboratório Lepori)

## ANEXO N

<b>SITUAÇÕES QUE AFECTAM NEGATIVAMENTE A FASE DE DESEJO SEXUAL NA MULHER</b>	
<p><b>Doenças Endócrinas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença de Addison</li> <li>• Síndrome de Cushing</li> <li>• Acromegalia</li> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Doenças da tiróide</li> <li>• Hipoestrogenias</li> <li>• Lesões hipotalâmicas</li> </ul> <p><b>Lesões Neurológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidentes vasculares cerebrais</li> <li>• Neoplasias cerebrais</li> <li>• Lesões do lóbulo temporal</li> <li>• Esclerose múltipla</li> <li>• Esclerose lateral amiotrófica</li> <li>• Neuropatias periféricas (alcoolismo, diabetes, etc.)</li> <li>• Tabes dorsalis</li> <li>• Miastenia grave</li> <li>• Paraplegias traumáticas</li> <li>• Espinha bífida</li> <li>• Paralisia cerebral</li> </ul>	<p><b>Doenças que afectam o estado geral da pessoa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças malignas</li> <li>• Doenças renais</li> <li>• Doenças cardio-vasculares</li> <li>• Doenças hepáticas</li> <li>• Doenças pulmonares</li> <li>• Hemopatias</li> </ul> <p><b>Fármacos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti-histamínicos</li> <li>• Anti-colonérgicos</li> <li>• Anti-hipertensores</li> <li>• Anti-androgéneos</li> <li>• Anti-estrogéneos</li> <li>• Atropina</li> <li>• Psicotrópicos</li> <li>• Progestativos</li> <li>• Pílula</li> </ul> <p><b>Abuso de Substâncias Psicoactivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Álcool</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Doenças extra-piramidais  (por exemplo, parkinsonismo)</li><li>• Simpaticectomia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anfetaminas</li><li>• Heroína</li></ul>
--	---

**SITUAÇÕES QUE AFECTAM NEGATIVAMENTE A FASE DE DESEJO SEXUAL NA MULHER - Fonte: ARAÚJO E SOARES, 1987**

## ANEXO O

<b>CONDIÇÕES PATOLÓGICAS QUE AFECTAM OS CENTROS MEDULARES D11 A L2 IMPLICADOS NA FASE ORGÁSTICA DA MULHER</b>	
<p><b>Doenças Neurológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerose múltipla</li> <li>• Esclerose lateral amiotrófica</li> <li>• Neuropatias</li> <li>• Mielites</li> <li>• Tabes dorsalis</li> <li>• Hérnia discal</li> <li>• Diabetes</li> </ul> <p><b>Intervenções Cirúrgicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simpaticectomia lombar ou torácico-lombar</li> <li>• Linfadenectomia retroperineal</li> <li>• Cirurgia aorto-ilíaca</li> <li>• Cirurgia pélvica radical</li> </ul>	<p><b>Situações Traumáticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paraplegia envolvendo lesão baixa da medula</li> <li>• Ruptura posterior da uretra</li> </ul> <p><b>Fármacos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipnóticos</li> <li>• Neurolépticos</li> <li>• Ansiolíticos</li> <li>• Antidepressivos</li> <li>• Estimulantes</li> <li>• Bloqueadores a-adrenérgicos</li> </ul>

**CONDIÇÕES PATOLÓGICAS QUE AFECTAM OS CENTROS MEDULARES D11 A L2 IMPLICADOS NA FASE ORGÁSMICA DA MULHER - Fonte: ARAÚJO E SOARES, 1987**

## ANEXO P

<b>DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS</b>
<b>Factores Individuais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Auto-imagem</li><li>• Auto-estima</li><li>• Auto-eficácia</li></ul>
<b>Experiências Prévias</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de informação sexual, ignorância e Concepções erróneas</li><li>• Ortodoxia religiosa</li><li>• Relação pais-filhos e ambiente familiar</li><li>• Experiência traumática</li></ul>
<b>Circunstâncias Actuais</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Interação da unidade conjugal</li><li>• Discórdia conjugal</li></ul>

**DETERMINANTES PSICOSOCIAIS DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS - Fonte: Pacheco, 1987**