

Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas

Mirca Christina da Silva Batista¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

A sexualidade humana extrapola os limites da anatomia e fisiologia, e o desempenho sexual depende da integração dos fatores biológico, psicológico, social, cultural, econômico, legal e religioso. A prática da sexologia é bastante complexa, pois deve ser interdisciplinar e envolve o conhecimento multidisciplinar, exigindo do profissional constante atualização nos vários assuntos ligados à saúde e à educação. A abordagem das disfunções sexuais, além de envolver a educação, que visa canalizar a expressão sexual para uma vivência saudável, consta de medidas terapêuticas que visam restaurar a função sexual do indivíduo. A fisioterapia é a modalidade terapêutica utilizada para prevenir, corrigir e aliviar as disfunções de origem anatômica ou fisiológica, reabilitando a integridade de órgãos e sistemas, restaurando o bem-estar físico do indivíduo. A fisioterapia nas disfunções pélvicas atua na prevenção e tratamento das desordens do assoalho pélvico, da pelve e seus órgãos, da coluna lombossacra e do abdômen. Dentre essas disfunções, destacam-se as sexuais femininas: dispareunia, vaginismo, alterações do orgasmo e de interesse/excitação.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade, fisioterapia, equipe de assistência ao paciente, vaginismo, dispareunia

INTRODUÇÃO

A sexualidade extrapola os limites da anatomia e fisiologia, e o desempenho sexual depende da integração dos fatores biológico, psicológico, social, cultural,¹ econômico, legal e religioso.² Alguns setores da medicina e da psicologia relutam em admitir os fundamentos simbólicos da sexualidade, e restringem-se aos aspectos anatômicos, fisiológicos e ao desempenho mecânico postural.¹

A prática da sexologia é bastante complexa, pois deve ser interdisciplinar e envolve o conhecimento multidisciplinar, exigindo do profissional constante atualização nos

vários assuntos ligados à saúde e à educação. Entre outros objetivos, a educação visa canalizar a expressão sexual para uma vivência saudável, enquanto que a abordagem das disfunções sexuais, além de envolver a educação, consta de medidas terapêuticas que visam restaurar a função sexual do indivíduo.³

Apesar de já bastante conhecidas, as disfunções sexuais femininas deixam de ser diagnosticadas, muitas vezes, por inibição da paciente, que não apresenta a queixa ao seu médico, ou do próprio médico, que se constrange de investigar.^{4,5} Os médicos raramente avaliam a vida sexual de suas pacientes, ou por se sentirem desconfortáveis em abordar a

¹Fisioterapeuta, Mestre em Ciências, Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Rua Arizona, 1.064 — apto. 11 — Cidade Monções — São Paulo (SP) — CEP 04567-003

Tel. (11) 3045-5838 — Cel. (11) 97338-5628

E-mail: mirca.fisio@uol.com.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 7 de março de 2016 — Última modificação: 26 de março — Aceite: 29 de março de 2017

sexualidade ou porque desconhecem as técnicas de investigação.² Em estudos sobre saúde sexual em mulheres com deficiência, constatou-se que, infelizmente, muitos médicos fracassam em iniciar essa discussão e responder às preocupações manifestadas pelas próprias pacientes, sugerindo que elas consultem outro profissional de saúde (por exemplo, o psicólogo).^{6,7}

As disfunções sexuais são queixas frequentes entre as mulheres.⁸ No Brasil, um estudo com 1.219 mulheres, os autores observaram que as disfunções sexuais estavam presentes em 49%.⁹

Alterações físicas e disfunções de órgãos pélvicos podem limitar a vida sexual das mulheres e essas podem envolver os músculos esqueléticos, estruturas ósseas, vasculares e nervosas.

A fisioterapia previne e trata limitações e incapacidades físicas, restaura função, mobilidade e promove alívio de dor. Nas desordens pélvicas, atua na prevenção e tratamento das disfunções dos diversos sistemas, urológico, fecal, ginecológico e sexual.

CICLO DE RESPOSTA SEXUAL

Os estudos populacionais de Kinsey deram origem às primeiras classificações dos transtornos da sexualidade.⁴ Um novo modelo, circular, foi proposto por Basson para o ciclo de resposta sexual da mulher, didaticamente dividido em cinco fases:

1. Início da atividade sexual, por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo.
2. Excitação subjetiva, com respectiva resposta física, desencadeada pela receptividade ao estímulo erótico, em contexto adequado.
3. Sensação de excitação subjetiva, desencadeando a consciência do desejo.
4. Aumento gradativo da excitação e do desejo, atingindo ou não alívio orgástico.
5. Satisfação física e emocional, resultando em receptividade para futuros atos.⁴

A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, ou dor associada ao ato, o que se manifesta de forma persistente ou recorrente.⁴

Não se pode esquecer das oscilações hormonais vivenciadas, principalmente pelas mulheres, durante o seu ciclo sexual. O climatério, a transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da vida da mulher envolve mudanças psicológicas e no seu papel social, o que se reflete na esfera sexual, podendo agravar-se no período da pós-menopausa.¹⁰ Bulcão e col.¹¹ observaram que a diminuição dos níveis de testosterona

verificada em algumas mulheres climatéricas contribuiria para a diminuição da atividade sexual e da libido.¹² O hipotes-trogenismo causa redução da secreção de endorfinas cerebrais, favorecendo a depressão.¹³

Ao investigar as disfunções sexuais femininas, não podem ser esquecidas as condições do parceiro(a), a fim de afastar possíveis equívocos de interpretação, principalmente quando se tratar de indivíduos com mais idade.^{12,14,15}

DIAGNÓSTICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Para o diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais, deve-se tomar por base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), elaborado como um guia para a prática clínica, com nomenclatura oficial, que deve funcionar em uma ampla gama de contextos.¹⁶

As disfunções sexuais consideradas gênero-específicas, de dificuldades de desejo e de excitação da mulher, passaram a constituir uma disfunção única (do interesse/excitação sexual) na edição V do DSM. Transtorno de dor genitopélvica/penetração passaram também para uma só categoria, deixando de ser, respectivamente, dispareunia e vaginismo.¹⁶

Quanto aos subtipos, as disfunções continuam sendo caracterizadas como ao longo da vida (primárias) ou adquiridas (secundárias), e generalizadas (quando ocorrem em quaisquer circunstâncias) ou situacionais. Mas a intensidade do sofrimento (mínimo, moderado ou grave) agora também compõe a caracterização das disfunções e o contexto deve ser especificado: fatores relativos à parceria, ao relacionamento, à vulnerabilidade individual, à cultura, à religião, e os de ordem médica devem ser relatados. Um mínimo de seis meses de duração firmou-se como critério para o diagnóstico.¹⁶

Dentre os critérios diagnósticos:

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

Do diagnóstico ao tratamento, os transtornos da sexualidade implicam, sempre e necessariamente, uma visão psicossomática. A abordagem interdisciplinar desses problemas

é, portanto, fundamental.¹ A caracterização e a avaliação de disfunção no AP são geralmente feitas com mais eficiência por um ginecologista ou por um fisioterapeuta que cuida das disfunções pélvicas.¹⁶

GERENCIAMENTO E TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

A evolução da pesquisa em sexologia, abordando amplamente o complexo biopsicosociocultural da função sexual humana, disponibiliza um contingente sem precedentes de informações que possibilitam a construção de modelos de abordagem das disfunções sexuais de complexidade variável, adequáveis aos programas de assistência individual e populacional.² No entanto, para otimizar a prática do atendimento às disfunções sexuais na identificação e intervenção das queixas sexuais femininas, são necessários ajustes consensuais que contemplem as diferenças culturais em todo o mundo, além da necessidade de estratificação regional em uma mesma cultura,³ como a exemplo do nosso país, Brasil.

Três conceitos subjazem ao gerenciamento e assistência às disfunções sexuais:

1. A adoção de estrutura centrada no paciente para avaliação e tratamento.
2. Aplicação dos princípios da medicina baseada em evidências no planejamento do diagnóstico e do tratamento.
3. O uso de abordagem de assistência individualizada para homens e para mulheres.

Quando considerados em conjunto, esses três princípios proporcionam abordagem equilibrada e integrada para a gerenciamento da disfunção sexual.³ A partir do crescente conhecimento sobre disfunções sexuais, o novo desafio para o profissional de saúde tem sido introduzir o tema da sexualidade nos atendimentos e elaborar um diagnóstico completo que permita intervenção multidisciplinar apropriada à singularidade de cada um.¹⁴

Considera-se que a história geral, sexual, psicossocial, o exame físico geral e pélvico e testes laboratoriais são algoritmos comuns para o diagnóstico e planejamento da intervenção nas disfunções sexuais femininas.²

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICOS NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININA

Em 1952, Kegel introduziu o conceito dos exercícios para o pavimento pélvico e observou pouca consciência quanto à sua existência.⁸ Desde então, a fisioterapia vem atuando na reabilitação do AP, prevenindo e tratando as disfunções dos sistemas urológico, fecal, ginecológico e sexual.

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) destaca, como primeira linha de tratamento da dor pélvica crônica e das dispareunias, a fisioterapia com suas diversas técnicas.¹⁷ Em uma revisão sistemática avaliando a sua eficácia no tratamento da vulvodínia, a fisioterapia pélvica mostrou-se segura e eficaz, devendo encabeçar o algoritmo terapêutico desse tipo de pacientes.¹⁸

Os sintomas que limitam a vida sexual das mulheres frequentemente envolvem os músculos esqueléticos, estrutura óssea, vascular, nervos e o funcionamento dos órgãos pélvicos. Mulheres com dor musculoesquelética relatam menos atividade sexual.¹⁹

As disfunções sexuais podem ser causadas por diversos fatores:

1. Fatores psicossociológicos:

Socioculturais;

Comportamentais (violência, experiência ruim principalmente na primeira relação), gestações e partos.

2. Fatores orgânicos:

Anomalias (genéticas, congênitas);

Doenças endócrinas, cardiovasculares, neurológicas, degenerativas, do aparelho geniturinário e fecal (incontinência urinária de esforço, IUE, incontinência urinária de urgência, IUU, incontinência fecal e flatos) entre outras;

3. Drogas (álcool, tabagismo, fármacos) e

4. Traumas físicos e cirúrgicos.

O vaginismo é definido como um espasmo muscular involuntário, vaginal, que interfere na relação sexual. Os poucos estudos empíricos que têm sido realizados sobre o vaginismo não suportam a visão de que é facilmente diagnosticado ou tratado e pouco elucidam etiologia potencial. Não pode ser facilmente diferenciado de dispareunia e deve ser tratado a partir de um ponto de vista multidisciplinar.²⁰

A fisioterapia para o tratamento do vaginismo tem por objetivo normalizar o tônus muscular do AP, a fim de permitir a penetração vaginal, de acordo com a visão tradicional de espasmo vaginal como sua característica definidora, além de aliviar a dor. Importante a atenção para as experiências de ansiedade, assim como a dor, em que os fisioterapeutas encontram frequentemente resistência, por parte dessas mulheres, até mesmo no exame inicial e tratamento, apesar da sua vontade expressa em fazê-lo.¹⁹

TÉCNICAS FISIOTERAPÊUTICAS

A fisioterapia previne e trata limitações e incapacidades físicas, restaura função, mobilidade e promove alívio de dor. Nas disordens pélvicas, atua na prevenção e tratamento das disfunções dos diversos sistemas, urológico, fecal, ginecológico e sexual.

O tratamento fisioterapêutico inclui anamnese da paciente com inspeção visual e palpação do AP, identificação das condições da musculatura, pontos de dor, presença de incontinências urinária, fecal e flatos, distopias, testes de sensibilidade (tátil, térmica e dolorosa) e reflexos na região pélvica e do AP.

Dentre as diversas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor pélvica, e da dispareunia, está a fisioterapia com uso da estimulação elétrica transcutânea (*transcutaneous electrical nerve stimulation*, TENS), acupuntura associada ou não.⁶ Em um estudo de revisão de literatura, sete estudos utilizaram a eletroterapia para tratar as disfunções sexuais femininas dentre elas a dispareunia, vaginismo e vestibulite vulvar.²¹ A TENS para tratamento da dor vulvar e vestibular e relaxamento da musculatura esquelética, é um método simples, seguro e eficaz.^{22,23}

Terapias manuais, massagem do AP intra e transvaginal são utilizadas para prevenção de trauma perineal na hora do parto, redução da hipertonía muscular, fibroses e outras disfunções.²⁴ A aplicação da massagem perineal transvaginal é eficaz no tratamento da dispareunia causada pela hipertonía da musculatura do AP, com alívio da dor a longo prazo,^{12,15,25} além dos sintomas irritativos da cistite intersticial.²⁶ Ao mobilizar os tecidos, produz-se calor e este ajuda na quebra de ligações do colágeno e das aderências, que podem ser motivo de dores e disfunções no AP. Com base nesses princípios, é possível o tratamento das dores vestibulares,²⁷ como também o tratamento das aderências abdominopélvicas que se apresentam com certa frequência relacionadas a dispareunia e inibição orgásmica, entre outros aspectos da disfunção sexual feminina.²⁸

Treinamento da musculatura do AP, a normalização e recuperação do tônus da musculatura do AP têm grande aplicabilidade nas disfunções sexuais femininas.^{8,27,29,30} A musculatura do AP sustenta, suspende os órgãos pélvicos, responsável pelos controles urinários, fecal, ginecológico e com grande participação na atividade sexual. Como a resposta orgásmica é desencadeada por um reflexo sensorio motor, levando a contrações da musculatura do AP, e quando essas

são realizadas com consciência e qualidade contrátil, podem promover uma resposta eficaz à sensação orgásmica.

A ativação da musculatura leva a aumento da vascularização, do estímulo sensorio motor o que contribui na recuperação de disfunções como dispareunia, vaginismo, transtorno de desejo, excitação e satisfação sexual.⁸ O aumento do fluxo sanguíneo, da mobilidade pélvica, a melhora na qualidade da ativação da musculatura do AP, a recuperação de disfunções urológicas, fecais, flatos e ginecológicas são valiosos recursos terapêuticos na resolução das disfunções sexuais e na melhora da qualidade de vida das mulheres.

As mulheres com dor vulvar, dispareunia, vaginismo ou que apresentem capacidade limitada de funcionar sexualmente por apresentarem disfunções musculoesqueléticas e/ou neurológicas podem se beneficiar com o tratamento fisioterapêutico, pois ele restaura a função, melhora a mobilidade, alivia a dor e previne incapacidades físicas permanentes de pacientes que sofrem de lesões ou doenças.³¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia (introduz-se aqui a figura do fisioterapeuta) na equipe de assistência à paciente com disfunções sexuais, objetiva a prevenção e o tratamento de todos os sintomas relacionados direta ou indiretamente à pelve, ao assoalho pélvico, abdômen e coluna lombossacra. Tem por função realizar anamnese com cuidadosa coleta dos dados, afim de aplicar as técnicas fisioterapêuticas necessárias às queixas apresentadas para cada paciente. Deve ainda oferecer informação, educação sobre a anatomia e fisiologia feminina, consciência corporal e controle dos esfíncteres urinário, vaginal e anal.

A fisioterapia na equipe interdisciplinar, que cuida das disfunções sexuais femininas, auxilia os demais profissionais médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, sociólogos na busca da cura e/ou melhora das queixas, resgatando e/ou devolvendo à mulher a autoestima, autoconfiança e bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. 3ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2010.
2. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas (revisão) [The assessment and management of female sexual dysfunction (review)]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(6):312-21.
3. Hatzichristou D, Rosen RC, Broderick G, et al. Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and women. J Sex Med. 2004;1(1):49-57.
4. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas [Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions]. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2006;33(3):162-7.
5. Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. J Sex Med. 2007;4(5):1247-53.
6. Basson R. Sexual health of women with disabilities. CMAJ. 1998;159(4):359-62.

7. Basson R, Althof S, Davis S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2004;1(1):24-34.
8. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas [Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010;32(5):234-40.
9. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160-6.
10. Favarato MECS, Aldrighi JM, Fráguas Júnior R, Pires ALR, Lima SMRR. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais [Sexuality and climacterium: influence of biological, psychological and cultural factors]. *Reprod Clim*. 2000;15(4):199-202.
11. Bulcão CB, Carange E, Carvalho HP, et al. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual [Physiological, cognitive, and psychosocial aspects of sexual senescence]. *Ciência & Cognição*. 2004;1:54-75. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v01/cec_vol_1_m1143.pdf. Acessado em 2017 (17 mar).
12. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha Júnior I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa [Factors related to quality of life in post-menopause]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2006;52(5):312-7.
13. Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Como diagnosticar e tratar: Alterações sistêmicas no climatério [Systemic changes in climacterium]. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002;59(12):15-21. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2168. Acessado em 2017 (17 mar).
14. Fleury HJ, Abdo CHN. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina [Psychotherapeutic treatment for female sexual dysfunction]. *Diagn Tratamento*. 2012;17(3):133-7.
15. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med*. 2008;5(4):788-95.
16. American Psychiatric Association. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.
17. Messelink B, Benson T, Berghmans B, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):374-80.
18. Sutter Latorre GF, Saboia Demeterco P, Campello Manfredini C, Feio Carneiro Nunes E, Nou Falcão Barreto VM. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática [Pelvic physiotherapy in the treatment of vulvodynia: systematic review]. *Femina*. 2015;43(6):257-64.
19. Rosenbaum TY. Pelvic floor physiotherapy for women with urogenital dysfunction: indications and methods. *Minerva Urol Nefrol*. 2011;63(1):101-7.
20. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond)*. 2010;6(5):705-19.
21. Camara LL, Filoni E, Fitz FF. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas [Physical therapy in the treatment of female sexual dysfunctions]. *Fisioterapia Brasil*. 2015;16(2):165-80. Disponível em: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/280/477>. Acessado em 2017 (17 mar).
22. Dionisi B, Senatori R. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the postpartum dyspareunia treatment. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37(7):750-3.
23. Murina F, Bianco V, Radici G, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2008;115(9):1165-70.
24. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(4):CD005123.
25. Silva AP, Montenegro ML, Gurian MB, et al. Massagem perineal melhora a dispareunia causada por tensão dos músculos do assoalho pélvico [Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(1):26-30. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1597651.pdf>. Acessado em 2017 (17 mar).
26. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology*. 2004;64(5):862-5.
27. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, Mclean L, Chamberlain S. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*. 2009;6(7):1955-68.
28. Wurn LJ, Wurn BF, King CR, et al. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. *MedGenMed*. 2004;6(4):47.
29. Sacomori C, Cardoso FL, Kruger AP, Virtuoso JF. Força muscular do assoalho pélvico e função sexual em mulheres [Pelvic floor muscle strength and sexual function in women]. *Fisioter Mov*. 2015;28(4):657-65.
30. Scott R, Hsueh GS. A clinical study of the effects of galvanic vaginal muscle stimulation in urinary stress incontinence and sexual dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;135(5):663-5.
31. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(4):329-40.