

## Avaliação do efeito da manipulação fascial no tratamento da dispareunia feminina: série de casos

### Evaluation of the effect of fascial manipulation in the treatment of female dyspareunia: series of cases

Regina Fernandes Amaro<sup>1</sup> 

Maria Helena Rodrigues Moreira<sup>2</sup> 

Paula Clara Ribeiro Santos<sup>3</sup> 

Ronaldo Eugénio Gabriel<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Contato para correspondência. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real). Vila Real, Portugal. reginafamaro@gmail.com

<sup>2,4</sup>Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real). Vila Real, Portugal.

<sup>3</sup>Escola Superior de Saúde do Porto (Porto). Porto, Portugal.

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** A dor pélvica atinge cerca de 30% das mulheres com vida sexual ativa e, destas, aproximadamente 50% relatam distúrbios de dispareunia. O tratamento tem como objetivo acompanhar a evolução dos sintomas dolorosos de origem musculoesquelética e miofascial, promovendo a melhoria da qualidade de vida das pacientes. **OBJETIVO:** o objetivo deste estudo é descrever os efeitos da manipulação fascial segundo o Método Stecco, associada à massagem perineal, na intensidade da dor, na função sexual, nos níveis de risco psicológico para *stress*, depressão e ansiedade, bem como nas características da dor e força muscular dos músculos do assoalho pélvico. **MÉTODO:** A amostra foi constituída por sete mulheres participantes do curso de recuperação pós-parto, com diagnóstico de dispareunia, submetidas a uma intervenção com duração de três meses. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a escala visual numérica da dor (EVND), o questionário McGill de dor, o FSFI-19, a escala DASS-21 e a Escala de Oxford modificada. As participantes foram avaliadas em três momentos distintos: M0 (antes da intervenção – momento de diagnóstico), M1 (um mês após o início da intervenção) e M2 (três meses após o início da intervenção). Foi realizada uma análise estatística descritiva, utilizando as frequências relativa e absoluta dos dados coletados. Para a verificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. **RESULTADOS:** Os resultados indicaram reduções na dor, com diminuições entre os momentos M0–M1 e M0–M2. No Questionário de Dor de McGill, observou-se uma redução gradual da dor entre M0 e M2. No FSFI-19, o item "dor" apresentou melhora entre M0 e M1, enquanto o item "satisfação" mostrou uma diminuição entre M0 e M2; já o escore "total" da escala apresentou um leve aumento ao longo dos três momentos. Na escala DASS-21, a redução foi mais evidente no item "*stress*", passando de 8.3 em M0 para 5.0 em M2. Por fim, na Escala de Oxford Modificada, 71.4% das participantes apresentaram contrações de baixa intensidade no momento M0. Já nos momentos M1 e M2, observou-se uma predominância de contrações de intensidade mais satisfatória, com 42.9% das participantes atingindo grau 3 e 28.6% grau 4 em M1, e 42.9% alcançando grau 3 e outros 42.9% grau 4 em M2. **CONCLUSÃO:** A combinação da manipulação fascial com a massagem perineal aplicada no tratamento da dispareunia resultou na diminuição na intensidade e nas características da dor, redução dos níveis de *stress*, aumento da força muscular do assoalho pélvico e melhora nos itens 'satisfação' e 'dor', além de uma redução no escore total da escala.

**PALAVRAS-CHAVE:** Disfunção Sexual. Intensidade da Dor. Terapia Manual. Dispareunia.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Pelvic pain affects approximately 30% of sexually active women, and among them, around 50% report experiencing dyspareunia. The goal of treatment is to monitor the progression of pain symptoms of musculoskeletal and myofascial origin, aiming to improve the patients' quality of life. **OBJECTIVE:** The aim of this study is to describe the effects of fascial manipulation according to the Stecco Method, combined with perineal massage, on pain intensity, sexual function, psychological risk levels for stress, depression, and anxiety, as well as on pain characteristics and pelvic floor muscle strength. **METHOD:** The sample consisted of seven women participating in a postpartum recovery program, all diagnosed with dyspareunia and undergoing a three-month intervention. The assessment instruments used were the Numeric Pain Rating Scale (NPRS), the McGill Pain Questionnaire, the FSFI-19, the DASS-21 scale, and the Modified Oxford Scale. Participants were evaluated at three distinct time points: M0 (before the intervention – at the time of diagnosis), M1 (one month after the start of the intervention), and M2 (three months after the start of the intervention). A descriptive statistical analysis was conducted using the absolute and relative frequencies of the data collected. To verify the normality of the data, the Shapiro-Wilk test was used. **RESULTS:** The results reported reductions in pain between time points M0–M1 and M0–M2. In the McGill Pain Questionnaire, a gradual decrease in pain was observed from M0 to M2. In the FSFI-19, the "pain" item showed improvement between M0 and M1, while the "satisfaction" item showed a decrease between M0 and M2. The "total" score of the scale showed a slight increase over the three time points. In the DASS-21 scale, the most notable reduction was in the "stress" item, decreasing from 8.3 at M0 to 5.0 at M2. Finally, in the Modified Oxford Scale, 71.4% of the participants presented low-intensity contractions at M0. At M1 and M2, there was a predominance of more satisfactory contraction intensity, with 42.9% of participants reaching grades 3 and 28.6% grade 4 at M1, and 42.9% reaching grade 3 and another 42.9% grade 4 at M2. **CONCLUSION:** The combination of fascial manipulation and perineal massage applied in the treatment of dyspareunia resulted in a decrease in pain intensity and characteristics, reduced stress levels, increased pelvic floor muscle strength, and improvements in the "satisfaction" and "pain" items, as well as a reduction in the total scale score.

**KEYWORDS:** Sexual Dysfunction. Pain Measurement. Musculoskeletal Manipulations. Dyspareunia.

## 1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde destaca a saúde sexual como essencial para a qualidade de vida, definindo-a como um bem-estar físico, emocional, cultural e social em relação à sexualidade. A disfunção sexual (DS) é reconhecida como um importante problema de saúde pública, dada a sua elevada prevalência e o impacto significativo que exerce sobre a qualidade de vida e os relacionamentos interpessoais<sup>1,2</sup>.

De acordo com Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (DSM-5)<sup>3</sup>, a DS é classificada em três categorias, sendo uma delas o transtorno da dor gênito pélvica/penetração, a qual se enquadra a dispáreunia. A dispáreunia é caracterizada pela dor experimentada exclusivamente durante o ato sexual, que pode ocorrer tanto na tentativa de penetração vaginal como durante a penetração completa. Quando a dor se localiza na entrada da vagina ou no óstio vaginal, é classificada como dispáreunia superficial — a forma mais comum e, frequentemente, a mais intensa — geralmente associada a disfunções musculoesqueléticas do assoalho pélvico<sup>4,5</sup>.

Estudos indicam que entre 10% e 20% das mulheres em idade reprodutiva podem apresentar dispáreunia, sendo essa uma condição particularmente prevalente no período pós-parto, especialmente após partos vaginais associados a trauma perineal. Mulheres que desenvolvem dispáreunia no pós-parto frequentemente relatam desconforto persistente por um período igual ou superior a um ano<sup>6</sup>.

Outros fatores intrinsecamente importantes associados ao desenvolvimento da DS compreendem baixos níveis de atividade física (AF), comportamento sedentário (Cs) e a má qualidade de sono<sup>7-9</sup>. Estudos prévios<sup>7,10</sup> apontam que a incidência de DS em mulheres com níveis baixos de AF e Cs é de 78,9%. Este espectro de DS inclui uma série de questões, tais como a diminuição do desejo e da satisfação sexual, excitação sexual insuficiente, problemas de lubrificação e dispáreunia.

A dispáreunia superficial afeta não apenas a função sexual, mas também pode provocar consequências significativas para a saúde mental e emocional. Essa condição está frequentemente associada a um ciclo de evitação sexual, ansiedade, depressão e dor pélvica crônica, que, por sua vez, pode causar perturbações nos relacionamentos íntimos, afetando negativamente a dinâmica familiar e o bem-estar geral da mulher.

Estudos apontam e analisam as dificuldades que as mulheres enfrentam para conseguir uma avaliação e tratamento adequados para problemas de saúde sexual, destacando o estigma social e o constrangimento como principais barreiras<sup>11-13</sup>. Os autores também mencionam a falta de conhecimento e de educação em saúde entre mulheres e profissionais de saúde sobre tratamentos disponíveis. Eles concluem que existem soluções práticas para superar essas barreiras e melhorar a comunicação entre pacientes e médicos.

No âmbito das abordagens terapêuticas avançadas, a manipulação fascial (MF) pelo Método Stecco representa um exemplo relevante da integração de técnicas especializadas no cuidado à saúde para o tratamento de condições específicas. Esta técnica de terapia manual concentra-se na fáscia muscular profunda – uma camada de tecido conjuntivo que envolve músculos, ossos e órgãos – e considera o sistema miofascial como uma continuação tridimensional. A fáscia pode tornar-se rígida e restritiva como resultado de lesões, inflamação, doenças ou condições crônicas de dor.

O Método Stecco visa identificar pontos de densificação da fáscia, denominados centros de coordenação (CC) e centros de fusão (CF), os quais são considerados os principais contribuintes para a dor e disfunção musculoesquelética. Uma vez identificados, esses pontos são tratados por meio de pressões específicas, com o objetivo de gerar estímulos mecânicos e químicos no tecido conjuntivo, cujos efeitos são amplamente documentados. Além disso, o aumento local da temperatura pode influenciar a substância fundamental da fáscia profunda, atuando sobre os corpúsculos de Golgi (CG) e fibras colágenas (FC). Dessa maneira, a elasticidade e o movimento da fáscia são restaurados, melhorando a mobilidade e reduzindo a dor.

A contínua conexão do tecido fascial por todo o corpo permite que, ao estimularmos o CC e o CF, possamos também aprimorar a adaptação tensional em regiões distantes das áreas diretamente tratadas, promovendo assim a restauração de um equilíbrio tensional fisiológico em uma escala global. Esta abordagem é baseada numa compreensão detalhada da anatomia

fascial e requer um exame minucioso para mapear as áreas de tensão fascial e disfunção<sup>14,15</sup>.

Uma revisão sistemática<sup>16</sup> incluiu estudos que aplicaram a técnica de MF, isoladamente ou em combinação com exercícios e outras modalidades fisioterapêuticas. Foram analisados 13 estudos, totalizando 349 participantes (172 homens e 177 mulheres), que investigaram a eficácia da MF em diversas condições musculoesqueléticas dolorosas. Os resultados indicaram que a técnica de MF, isolada ou combinada a outros regimes fisioterapêuticos, contribuía para a redução da dor e melhorava a funcionalidade.

Além desta técnica, a massagem perineal (MP), que envolve o alongamento e a massagem dos músculos do assoalho pélvico e do tecido perineal, possui aplicações terapêuticas em condições como a dispareunia superficial. A MP, como demonstrado em alguns estudos pode ajudar a aliviar a tensão muscular, aumentar a circulação sanguínea na área, promover a cicatrização de tecidos e melhorar a sua elasticidade, oferecendo benefícios na redução do desconforto e da dor durante a atividade sexual<sup>17-19</sup>.

A eficácia das duas técnicas específicas – MF e MP – quando aplicadas isoladamente, já foi amplamente demonstrada em estudos clínicos. No entanto, em relação à MF segundo o Método Stecco, não existem ainda estudos que investiguem o uso dessa abordagem terapêutica específica no tratamento da dispareunia.

O objetivo deste estudo foi relatar os efeitos da aplicação combinada da MF e da MP ao longo de cinco semanas consecutivas, em mulheres que apresentam queixas de dispareunia superficial. Especificamente, procurou-se avaliar minuciosamente a intensidade e a caracterização da dor durante o ato sexual, os diferentes domínios da função sexual, a força muscular do assoalho pélvico, bem como os fatores psicológicos, incluindo níveis de *stress*, ansiedade e depressão. Tanto quanto é do nosso conhecimento, este estudo piloto representa a primeira investigação a descrever o impacto dessa combinação terapêutica em múltiplas dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde.

## 2. Material e métodos

Este estudo foi avaliado e aprovado pela comissão de ética e pela encarregada de proteção de dados da Unidade Local de Saúde do Alto Ave (ULSAA), garantindo assim a conformidade com as normas éticas e legais necessárias.

Realizou-se um estudo de série de casos numa amostra que incluiu sete mulheres, com idades entre os 24 e os 32 anos e diagnosticadas com dispareunia superficial. Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: a) mulheres adultas com idade superior a 18 anos, que apresentavam sintomatologia de dispareunia de penetração atribuída a espasmos dos músculos do assoalho pélvico, com histórico de dor durante o intercurso sexual persistente por, no mínimo, seis meses; b) sexualmente ativas; c) com resultados positivos para disfunção sexual na versão curta do FSFI-6 (*Female Sexual Function Index*).

O FSFI-6, versão curta, é um questionário autodirecionado e validado que abrange os principais domínios do funcionamento sexual feminino, nomeadamente, desejo, a excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. As pontuações variam de 2 a 30, e uma pontuação de 19 ou menos indica a presença de disfunção sexual.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão do estudo: I) diagnóstico de endometriose; II) dispareunia profunda; III) mulheres em perimenopausa ou menopausa; IV) gravidez; V) presença de infeção vaginal não tratada; VI) participação em tratamento prévio de fisioterapia pélvica; VII) ausência em duas sessões consecutivas da intervenção; VIII) dificuldades cognitivas que impedissem a compreensão dos questionários aplicados; IX) diagnóstico de síndrome da bexiga dolorosa; X) presença de prolapso genital de grau III ou superior; XI) cistite intersticial; e XII) histórico de cirurgias prévias nos órgãos pélvicos.

Foi utilizado o Questionário McGill para avaliação da dor adaptado para o português<sup>20</sup>, a Escala Visual Numérica da Dor (EVND). O primeiro permite uma pontuação máxima de 78 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior intensidade e severidade da dor experienciada. A EVND é composta por uma escala de 0 a 10, na qual as participantes são convidadas a classificar a intensidade da dor percebida, sendo cada número associado a um nível específico: 0 – ausência de dor; 1 a 3 – dor leve; 4 a 6 – dor moderada; 7 a 9 – dor intensa; e 10 – a pior dor imaginável.

A avaliação da função sexual feminina foi realizada por meio da versão completa do *Female Sexual Function Index* – FSFI-19, na versão portuguesa<sup>21</sup>. É um questionário autoaplicável que abrange as principais dimensões do funcionamento sexual feminino, variando a pontuação total entre 2 e 36. Valores mais elevados indicam um funcionamento sexual satisfatório e resultados inferiores a 26,55 são indicativos de uma possível disfunção sexual.

A avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e stress foi realizada por meio da escala DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scales* – 21 itens), na versão portuguesa<sup>22</sup>. Este questionário é composto por 21 itens que avaliam três dimensões distintas: depressão, ansiedade e stress. Cada subescala possui sete itens, com pontuações variando de 0 (ausência de sintomas) a 21 (presença intensa de sintomas afetivos negativos), sendo que pontuações mais elevadas indicam uma maior gravidade dos sintomas.

Foi também utilizada a escala de Oxford modificada, com a finalidade de avaliar a força dos músculos do assoalho pélvico. A Escala de Oxford é utilizada para avaliar a força da musculatura do assoalho pélvico, variando de 0 a 5, conforme a resposta muscular observada durante o exame:

Grau 0 – sem contração muscular;

Grau 1 – contração intermitente, não sustentada;

Grau 2 – contração fraca e sustentada, perceptível ao toque;

Grau 3 – contração moderada, com aumento da pressão no dedo do examinador e leve elevação cranial da parede vaginal;

Grau 4 – boa contração, pressão firme com leve tração em direção à sínfise púbica;

Grau 5 – contração forte, pressão vigorosa e movimento nítido em direção à sínfise púbica.

O exame foi realizado por meio da palpação vaginal, com o examinador introduzindo dois dedos na vagina e solicitando que a paciente contraísse os músculos do assoalho pélvico. Adicionalmente, foi realizada uma avaliação específica por meio da ficha clínica da MF segundo o Método Stecco, a qual foi utilizada

para registo dos achados clínicos relevantes e para a orientação da intervenção terapêutica.

As participantes foram recrutadas no âmbito de um curso de recuperação pós-parto, realizado no local de trabalho da autora do estudo. A seleção das mulheres foi realizada por meio de um questionário de triagem de escolha única, desenvolvido especificamente para este fim pela própria autora. Este questionário recolheu informações de diferente ordem como a duração do desconforto/dor durante a relação sexual, localização da dor, questões relativas à abordagem por profissional de saúde sobre saúde sexual e questões sobre a função sexual (versão curta do FSFI-6). O FSFI-6, versão portuguesa<sup>23</sup>, foi utilizado exclusivamente para a seleção das participantes, integrando o questionário de triagem aplicado no momento do recrutamento.

Antes de responderem ao questionário de triagem, as participantes foram esclarecidas acerca dos contornos do estudo – a sua natureza, propósitos e intenções do tratamento de dados – por meio de um termo de consentimento informado. Após essa etapa inicial de recolha de dados, procedeu-se à análise criteriosa dos questionários, selecionando-se apenas aqueles que atendiam aos critérios previamente estabelecidos para inclusão no estudo, sendo excluídos os que não os cumpriam.

O curso de recuperação pós-parto foi constituído por 10 mulheres, sendo que sete mulheres que preencheram o questionário eram elegíveis. Subsequentemente, foram contactadas e, ao aceitarem participar voluntariamente no estudo, formalizaram o seu consentimento através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Posteriormente, as participantes foram submetidas a uma avaliação específica que confirmou a presença de tensão nos músculos do assoalho pélvico, por meio de palpação vaginal unidigital. Em seguida, foram aplicados os instrumentos de avaliação para coleta dos dados.

Todo o processo de avaliação foi conduzido por um investigador qualificado na área da saúde, diretamente envolvido no desenvolvimento do estudo. Este profissional recebeu formação específica, que o habilitou a aplicar de forma rigorosa os protocolos definidos. Ficou igualmente responsável pela administração dos instrumentos de avaliação, assegurando a

precisão na aplicação e garantindo a integridade e a fiabilidade de todo o processo de recolha de dados.

Todas as participantes foram avaliadas em três momentos distintos:

- Momento 0 (M0): avaliação diagnóstica inicial;
- Momento 1 (M1): um mês após a primeira intervenção;
- Momento 2 (M2): três meses após o início da intervenção.

Além disso, as participantes receberam materiais visuais e folhetos informativos sobre saúde sexual, incluindo anatomia pélvica-perineal, estágios do ciclo de resposta sexual feminina e a importância das preliminares e da lubrificação. Instruções práticas sobre respiração diafragmática e alinhamento corporal também foram fornecidas.

Na primeira sessão individual com cada mulher, utilizou-se uma ficha específica do Método Stecco para avaliação inicial e identificação de pontos de dor através de uma anamnese detalhada. Essa ficha foi empregue exclusivamente na avaliação inicial, não sendo utilizada nas sessões subsequentes.

Todas as mulheres no estudo passaram por cinco sessões semanais de 45 a 60 minutos de MF, direcionadas nos segmentos lombar, pelve e coxa, com posições de tratamento ajustadas ao músculo alvo e abrangendo os movimentos nos planos sagital, horizontal e frontal. A técnica utilizada envolveu fricção profunda em pontos específicos do CC e CF considerados disfuncionais, identificados por um exame clínico detalhado seguindo as diretrizes de MF<sup>14</sup>, com variação desses pontos conforme cada caso específico.

O terapeuta aplicou fricção com o cotovelo em pontos específicos, mantendo em cada ponto um período de 3 a 5 minutos. Em cada sessão, foram tratados entre 4 e 8 pontos, cuja localização está detalhadamente descrita no livro do Método Stecco<sup>14</sup>.

Subsequentemente, as mulheres receberam a MP semanal, seguindo uma técnica específica<sup>24</sup> e envolvendo massagem ao longo das fibras musculares por cinco minutos de cada lado, na posição de litotomia. Este tratamento durou cinco semanas e foi realizado pelo mesmo terapeuta experiente em ambas as técnicas.

As análises foram conduzidas utilizando o *Microsoft Office Excel* (versão 2503, *Microsoft Corporation*, Redmond, WA, EUA) e o *IBM SPSS* (versão 28, Chicago, IL, EUA). A análise estatística descritiva incluiu a apresentação de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, bem como médias (M), desvios-padrão (DP) e amplitude para variáveis quantitativas. Para a verificação da normalidade dos dados da amostra foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Não foram identificados dados ausentes na amostra.

### 3. Resultados

A maioria das participantes vivia em união estável, possuía escolaridade até o 12º ano de escolaridade completo (71,4%) e apresentava excesso de peso (57,1%). Observou-se também que 71,4% das participantes não praticavam atividade física regularmente e 85,7% tinham apenas um filho (Tabela 1). Em relação ao tipo de parto, prevaleceram os partos vaginais com episiotomia (42,9%).

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e de prática de exercício físico das participantes no estudo (n=7)

Variáveis/Categorias	n	%
<b>+ Estado civil</b>		
Casada	3	42,9
União estável	4	57,1
<b>+ Escolaridade</b>		
12º ano	5	71,4
Mestrado	2	28,6
<b>+ IMC</b>		
Excesso de peso	4	57,1
Normoponderalidade	3	42,9
<b>+ Profissão</b>		
Faxineira/diarista	1	14,3
Administrativa	1	14,3
Auxiliar de ação educativa	1	14,3
Cortadora de têxtil	1	14,3
Desempregada	1	14,3
Enfermeira	1	14,3
Lojista	1	14,3
<b>Prática de exercício físico?</b>		
Não	5	71,4
Sim	2	28,6
• Se SIM, qual?		
caminhada e <i>cycling</i>	1	14,3
<i>Fitbox</i>	1	14,3
• Se SIM, com que frequência?		
3 vezes/semana	1	14,3
5 vezes/semana	1	14,3
<b>+ Paridade</b>		
1 filho	6	85,7
2 filhos	1	14,3
<b>+ Tipo de parto</b>		
Cesariana	2	28,6
Vaginal com episiotomia	3	42,9
Vaginal com laceração	2	28,6

Fonte: os autores (2024).

Em termos absolutos, observa-se que a média da intensidade da dor, avaliada pela Escala Visual Numérica de Dor (EVND), foi de 5.1 no momento M0 e de 1.3 em M1, indicando uma redução acentuada da dor entre esses dois momentos. Já entre M0 e M2, a diminuição da dor foi mais discreta (Tabela 2).

De forma semelhante, os escores da Escala McGill, que qualifica a dor, também variaram entre os três momentos de avaliação, evidenciando uma redução progressiva da dor.

No que se refere à função sexual, medida pela FSFI-19, os escores permaneceram abaixo do ponto de corte de 26,55 em todos os momentos, indicando baixa funcionalidade sexual entre as participantes. Embora a dimensão "dor" da FSFI-19 tenha mostrado melhora entre M0 e M1, o item "satisfação" também apresentou redução, enquanto o escore "total" da escala teve um leve aumento. Ainda assim, os resultados continuam a apontar para um quadro geral de disfunção sexual.

Em relação aos aspectos psicológicos avaliados pelo DASS-21, observou-se uma redução nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão ao longo do tempo, sendo essa diminuição mais evidente no nível de *stress*. Os resultados detalhados das variáveis analisadas encontram-se na Tabela 2.

**Tabela 2.** Dor, função sexual e aspectos psicológicos utilizados nos três momentos de observação

Momentos de observação	M0				M1				M2				
	Variáveis	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx
Idade	29,3	2,7	24	32	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Peso	68,4	11,4	53	80	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Altura	1,7	0,5	1,6	1,7	---	---	---	---	---	---	---	---	---
IMC	24,7	4,1	19,9	30	---	---	---	---	---	---	---	---	---
EVND	5,1	0,7	4	6	1,3	0,1	0	3	2	1,6	0	5	
McGill	38	4,9	28	43	10,1	14,3	0	42	6,7	5,4	1	13	
<b>+ FSFI</b>													
Desejo	2,6	0,8	1,2	3,6	3,1	0,9	1,2	3,6	2,9	0,9	1,2	3,6	
Excitação	3,6	1	2,4	5,1	3,8	1,8	0,0	5,1	3,9	1,9	0	5,4	
Lubrificação	3,5	0,6	3,0	4,8	3,7	2	0,0	6	4,2	1,9	0	6	
Orgasmo	3,2	1,8	1,2	5,2	4	2,1	1,2	6	4,9	1,4	2	6	
Satisfação	3,5	1,4	1,2	5,2	4,3	1,2	0	5,6	4,3	2,2	0	6	
Dor	2,3	0,7	1,6	3,6	3,8	2,1	0	6	3,7	2,1	0	6	
FSFI (total)	18,9 <sup>(1)</sup>	3,2	13,8	22,8	22,8 <sup>(2)</sup>	7,5	7,6	29,1	24,1 <sup>(3)</sup>	8,2	7,6	31,7	
<b>+ DASS-21</b>													
Stress	8,3	4,7	3	16	6,1	3,2	2	12	5	5,3	1	14	
Ansiedade	4,1	5,2	0	14	1,7	2,3	0	8	2,5	3,5	0	10	
Depressão	3,4	3,8	0	11	3	2,9	0	9	3,4	4,2	0	10	

Fonte: os autores (2024).

DP-desvio padrão; M-Média; IMC- índice de massa corporal; EVND- escala visual numérica da dor; McGill, questionário de dor de McGill; DASS-21, escala de depressão, ansiedade e *stress*.

<sup>(1)</sup> todos os sujeitos com pontuação inferior a 26,55.

<sup>(2)</sup> 3 sujeitos com pontuação inferior a 26,55.

<sup>(3)</sup> 3 sujeitos com pontuação inferior a 26,55.

Com base nos dados apresentados na Tabela 3, observa-se que, no momento M0, a maioria das participantes classificou a dor como de intensidade "desconfortante". No entanto, nos momentos subsequentes — M1 e M2— predominou a classificação "leve", o que sugere uma melhora progressiva, ainda que discreta, no quadro de dor ao longo do tempo.

**Tabela 3.** Caracterização da intensidade da dor nos três momentos de avaliação

Momentos de observação	M0		M1		M2	
	N	%	N	%	N	%
Sem dor	---	---	1	14,3	1	14,3
Leve	1	14,3	5	71,4	5	71,4
Desconfortante	6	85,7	1	14,3	1	14,3

Fonte: os autores (2024).

Considerando os aspectos psicológicos das participantes, podemos constatar que predominam as respostas na opção "normal/leve", as quais se mantêm ao longo do tempo. Nenhuma participante atingiu o nível muito grave em todas as dimensões da DASS 21 (Tabela 4).

**Tabela 4.** Avaliação dos aspectos psicológicos nos três momentos de avaliação

DASS-21	Stress			Ansiedade			Depressão		
	M0	M1	M2	M0	M1	M2	M0	M1	M2
Normal/leve	85,7	85,7	85,7	57,1	57,1	57,1	85,7	85,7	85,7
Mínimo	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3
Moderado	---	---	---	28,6	14,3	14,3	---	---	---
Grave	---	---	---	---	14,3	14,3	---	---	---

Fonte: os autores (2024).

DASS-21, escala de depressão, ansiedade e stress.

A análise da força muscular do assoalho pélvico, avaliada por meio da Escala de Oxford modificada, indica predominância do grau 2 no momento M0 (71,4%), do grau 3 no M1 e dos graus 3 e 4 no M2. Esses dados, apresentados na Tabela 5, evidenciam que, inicialmente, a maioria das participantes apresentava contração de intensidade leve a moderada, evoluindo para uma contração considerada satisfatória ao final do período de intervenção.

**Tabela 5.** Avaliação da força muscular do assoalho pélvico nos três momentos de avaliação

Momentos de observação	M0		M1		M2	
	N	%	N	%	N	%
Grau 0	---	---	---	---	---	---
Grau 1	---	---	---	---	---	---
Grau 2	5	71,4	2	28,6	1	14,3
Grau 3	1	14,3	3	42,9	3	42,9
Grau 4	1	14,3	2	28,6	3	42,9
Grau 5	---	---	---	---	---	---

Fonte: os autores (2024).

Grau 0 - ausência de contração; Grau 1 - esboço de contração; Grau 2 - contração fraca; Grau 3 - contração moderada; Grau 4 - contração boa; Grau 5 - contração forte.

## 4. Discussão

Os efeitos da MF associada à MP revelaram bons resultados nas variáveis estudadas. Observou-se uma diminuição da média da dor entre M0 e M1, ainda que essa diferença não se tenha mantido entre M0 e M2, assim como nas características da dor entre M0 e M1 quanto em M0 e M2. Os níveis de *stress* apresentaram uma redução mais expressiva entre M0 e M2. No que diz respeito ao FSFI-19, os domínios que mostraram maior melhoria foram “satisfação” e a pontuação “total” da função sexual.

Uma revisão sistemática recente<sup>25</sup> analisou diferentes abordagens fisioterapêuticas para a dispareunia feminina, incluindo educação, uso de dilatadores, electroestimulação e liberação miofascial. Embora todas tenham demonstrado eficácia na redução da dor, ainda não há consenso quanto à técnica mais eficaz ou aos parâmetros ideais de aplicação. As conclusões dessa revisão, bem como de outros estudos<sup>17,26</sup>, estão em consonância com os achados do presente estudo, ao indicarem que intervenções como a terapia manual apresentam evidências positivas na atenuação dos sintomas de dor na dispareunia, contribuindo significativamente para a melhora da qualidade de vida das mulheres afetadas.

Estudos com abordagens fisioterapêuticas multimodais, que combinaram intervenções clínicas com educação sobre a disfunção, apresentaram melhores resultados na redução da dor, dispareunia e na melhora da função sexual e qualidade de vida<sup>25-27</sup>. A terapia manual esteve presente em todos os estudos e foi associada à redução da dor. Os efeitos foram mais significativos quando as intervenções incluíram ações voltadas à literacia em saúde. Nesse sentido, a componente educativa do presente estudo, aliada aos folhetos informativos, segue as recomendações da literatura e reforça a importância do conhecimento no processo terapêutico.

Uma revisão da literatura realizada entre os anos de 2013 e 2023, demonstrou que o treino dos músculos do assoalho pélvico e a MP apresentam boas respostas no tratamento da dispareunia, porém não há respaldo suficiente na literatura para demonstrar sua eficácia<sup>18</sup>. Embora o nosso estudo não tenha incluído um treino específico voltado para a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, observou-se uma discreta melhora nessa função, com a maioria das participantes evoluindo de uma contração muscular fraca

na avaliação M0 para uma contração satisfatória nas avaliações M1 e M2.

Os resultados do nosso estudo estão alinhados com achados prévios que demonstram melhora da dor em pacientes com dispareunia<sup>17,19</sup>, atribuída a efeitos fisiológicos específicos das intervenções aplicadas. Além disso, a literatura destaca a importância da liberação miofascial e de uma avaliação musculoesquelética abrangente como estratégias fundamentais no manejo da dispareunia<sup>28,29</sup>. Técnicas como a MP e o alongamento muscular promovem alívio da dor por meio da liberação de neurotransmissores e aumento da circulação local<sup>30</sup>.

A aplicação do Método Stecco reforça essa abordagem ao considerar a complexidade das estruturas fasciais envolvidas na dor musculoesquelética<sup>28,29,31</sup>, e estudos demonstram que a densificação da fáscia pode comprometer a função neuromuscular do septo pélvico e suas conexões com a fáscia dos membros inferiores e do tronco, afetando negativamente o desempenho do assoalho pélvico<sup>32</sup>. Nesse contexto, a análise dos dados do presente estudo indicou que a manipulação fascial contribuiu para a redução da dor nos estágios iniciais do tratamento da dispareunia, possivelmente devido à fricção profunda gerada pela técnica, que aquece os tecidos, melhora seu deslizamento, reduz a rigidez fascial e alivia a tensão muscular, favorecendo a melhora funcional<sup>33</sup>.

Os nossos resultados corroboram com a teoria da continuidade miofascial do Método Stecco, especialmente entre os segmentos lombar, pelve e coxa, destacando a importância de uma avaliação individualizada e de múltiplos pontos de tratamento<sup>14,34</sup>. Ensaio clínico mostram que a manipulação fascial ao abordar os tecidos de maneira integrada e não limitada à área dolorosa, melhora dor, mobilidade e força muscular<sup>34,35</sup>, sendo uma estratégia eficaz e complementar a outras intervenções fisioterapêuticas, potencializando os efeitos terapêuticos na dispareunia<sup>25-27</sup>.

A hiperatividade do assoalho pélvico também está ligada a fatores psicossociais como *stress*, traumas e transtornos emocionais, podendo causar pontos gatilho e dispareunia<sup>27</sup>. No nosso estudo, observou-se redução do *stress* e tendência de melhora na ansiedade e depressão entre M0 e M2, mesmo sem acompanhamento psicológico. A literatura destaca a eficácia da fisioterapia e do relaxamento na modulação

do sistema nervoso simpático na redução da tensão muscular e do *stress*<sup>36,37</sup>. Contudo, fatores externos como sobrecarga materna e a privação de sono podem ter contribuído para a persistência da dor.

Apenas nos subitens "satisfação" e na classificação "total" do FSFI-19 foi observado um discreto aumento na média. Considerando que as DS tendem a agravar-se e a impactar negativamente a função sexual ao longo do tempo<sup>27</sup>, é possível que esse fator tenha influenciado os resultados, que não evidenciaram melhorias significativas nesse domínio. Além disso, a ausência de apoio psicológico e a dificuldade das participantes em reconhecer mudanças subjetivas podem ter limitado os efeitos observados.

A literatura enfatiza a importância de uma abordagem interdisciplinar e multimodal na dispareunia, combinando fisioterapia, psicoterapia, exercícios físicos e *mindfulness* para tratar fatores físicos e emocionais<sup>4,36</sup>. A inclusão desses elementos no presente estudo poderia ter potencializado os resultados obtidos. Estudos prévios<sup>11,37,38</sup> ilustram bem esse contexto ao demonstrar que um programa multimodal com exercícios terapêuticos melhorou a dor, a catastrofização, a dispareunia e a qualidade de vida em mulheres com endometriose.

O nosso estudo demonstrou redução da dor e da tensão muscular entre M0 e M1, sem avanços adicionais nos momentos posteriores. Apesar da ausência de grupo controle, os resultados estão alinhados com a literatura<sup>35</sup>, indicando a potencial eficácia da MF numa abordagem integrada. Embora ainda faltem estudos específicos sobre o Método Stecco na dispareunia superficial e sua combinação com a MP, ambas se mostram abordagens iniciais promissoras. No entanto, são necessárias pesquisas com maior rigor metodológico para confirmar sua eficácia clínica<sup>17,18</sup>.

As principais limitações deste estudo foram o tamanho reduzido da amostra e a ausência de um grupo controle, o que restringe a generalização dos resultados. Ainda assim, destaca-se que a componente educacional da intervenção exerceu uma influência positiva nos desfechos, especialmente na redução da dor, ao promover uma maior compreensão da disfunção e estimular o envolvimento ativo das participantes no processo terapêutico. Para estudos futuros sobre dispareunia, recomenda-se a adoção

de uma abordagem interdisciplinar, bem como a inclusão de análises qualitativas, a fim de aprofundar a compreensão das vivências das mulheres afetadas. Apesar das limitações, os achados deste estudo oferecem contribuições relevantes e indicam caminhos promissores para investigações com amostras maiores e maior rigor metodológico.

## 5. Conclusão

A associação entre manipulação fascial e massagem perineal na abordagem da dispareunia demonstrou resultados positivos, evidenciando redução na intensidade da dor, diminuição dos níveis de *stress*, melhora na força de contração dos músculos do assoalho pélvico, bem como avanços nos domínios de "satisfação" e na pontuação "total" da função sexual. Ressalta-se que os aspectos psicológicos exercem influência significativa na percepção da dor crônica, o que reforça a importância de uma abordagem interdisciplinar no tratamento da dispareunia, integrando intervenções físicas e suporte psicológico.

Recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras mais representativas, delineamento metodológico mais rigoroso e a inclusão de grupo controle, com o objetivo de aprofundar a análise dos efeitos observados e fortalecer a base de evidências científicas nesta área.

## Financiamento

Este trabalho foi apoiado por fundos da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), no âmbito dos projetos: UID/04045 – Centro de Investigação em Ciências do Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano; UID/04033/2020 e LA/P/0126/2020 (<https://doi.org/10.54499/LA/P/0126/2020>).

## Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

## Conflitos de interesse

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

## Indexadores

A Revista Pesquisa em Fisioterapia é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#), [LILACS](#) e [Scopus](#).



## Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde sexual, direitos humanos e a lei [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>
2. Cuty DD, Brondani I, Melo EA, Frigo LF, Filippin NT. Avaliação da função sexual de mulheres em idade reprodutiva com dispareunia autorrelatada. *Fisioter Bras*. 2023;24(6):1-9. <http://doi.org/10.33233/fb.v24i6.5501>
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Kołodziej K, Mańdziuk D, Niewinna P, Zaroda P, Dąda P, Pawlik P, et al. Insights into dyspareunia: from diagnosis to multimodal treatment approaches. *Qual Sport*. 2024; 17:53126. <http://doi.org/10.12775/qs.2024.17.53126>
5. Matthes AC. Abordagem atual da dor na relação sexual (dispareunia). *Rev Bras Sex Humana*. 2019;30(1):14-22. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.66>
6. Fontes ALV, Silveira GM, Cavalcanti BCM, Dias MEC, Paiva MG, Araújo MGR, et al. Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo e Fatores de Risco para Disfunção Sexual em Mulheres Puérperas Atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar. *Pleiade*. 2023;17(39):48-57. <https://doi.org/10.32915/pleiade.v17i39.910>
7. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério JJ, Giraldo PC, et al. Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Rev Assoc Med Bras*. 2014;60(1):47-52. <http://doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.011>
8. Dilixiati D, Kadier K, Laihaiti D, Lu JD, Rezhake R, Azhati B, et al. The relationship between sleep disorders, quality, and duration and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2023;20(6):766-80. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad054>
9. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*. 2018;18:108. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>
10. Allen MS, Desille AE. Health-related lifestyle factors and sexual functioning and behavior in older adults. *Int J Sex Health*. 2017;29(3):273-7. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1307301>
11. Cirino GAR, Loiola SL, Carvalho TA, Coelho SM, Azevedo AH. Endometriose e saúde sexual feminina – desafios, tratamento, perfil epidemiológico e impactos biopsicossociais: uma revisão integrativa. *Rev Ciênc Plur*. 2023;9(3):e32957. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n3ID32957>
12. Kingsberg S, Faubion S. Clinical management of hypoactive sexual desire disorder. *Menopause*. 2019;26(2):217-9. <http://doi.org/10.1097/GME.0000000000001212>
13. Hrelc DA, Wax EM, Saccomano SJ. Dyspareunia: etiology, presentation, and management. *Nurse Pract*. 2023;48(11):27-34. <http://doi.org/10.1097/01.NPR.0000000000000111>
14. Stecco L. Fascial Manipulation for Musculoskeletal Pain. Padua: Piccin; 2004.
15. Stecco A, Stecco C, Macchi V, Porzionato A, Ferraro C, Masiero S, et al. RMI study and clinical correlations of ankle retinaculum damage and outcomes of ankle sprain. *Surg Radiol Anat*. 2011;33(10):881-90. <http://doi.org/10.1007/s00276-011-0784-z>
16. Arumugam K, Harikesavan K. Effectiveness of fascial manipulation on pain and disability in musculoskeletal conditions: A systematic review. *J Bodyw Mov Ther*. 2021;25:230-9. <http://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.11.005>
17. Rosa ABA, Silva EM. Fisioterapia na reabilitação do assoalho pélvico de mulher com dispareunia: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde*. 2024;29(140). <http://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202411261112>
18. Gomes VB, Torres TF, Merino D, Castiglione M, Pereira RPR, Tanaka C. Efficacy of pelvic floor muscle training and perineal massage in the treatment of women with dyspareunia: narrative review of the literature. *J Sex Med*. 2024;21(3). <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae018.037>

19. Oliveira JP, Bonfim CM, Marçal JCP, Pereira LS, Laprovita MP, Azevêdo EAP. Massagem perineal como recurso no tratamento da dispareunia no vaginismo. *OLEL*. 2024;22(12):e8029. <https://doi.org/10.55905/oelv22n12-015>
20. Figueiral A. Adaptação cultural e linguística do instrumento de medida: McGill Pain Questionnaire [monografia]. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2002.
21. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*. 2009;7(1):33-44. <https://doi.org/10.14417/lp.684>
22. Vasconcelos-Raposo J, Fernandes HM, Teixeira CM. Factor structure and reliability of the Depression, Anxiety and Stress scales in a large portuguese community sample. *Span J Psychol*. 2013;16(10):1-10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.15>
23. Pechorro P, Pascoal PM, Pereira NM, Poiaras C, Jesus SN, Vieira RX. Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6. *Rev Int Androl*. 2016;15(4):152-60. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-validacao-da-versao-portuguesa-do-S1698031X16300462#:~:text=10.1016/j.androl.2016.06.001>
24. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, Fletcher E, Kellogg-Spadt S, Holzberg AS, 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. <http://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.065>
25. Fernández-Pérez P, Leirós-Rodríguez R, Marqués-Sánchez MP, Martínez-Fernández MC, Carvalho FO, Maciel LYS. Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):387. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02532-8>
26. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1849-55. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>
27. Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. The overactive pelvic floor (OPF) and sexual dysfunction. Part 2: Evaluation and treatment of sexual dysfunction in OPF patients. *Sex Med Rev*. 2021;9(1):76-92. <http://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.04.002>
28. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Waddell G, et al. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(2):189.e1-189.e12. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.038>
29. Sanses TVD, Chelimsky G, McCabe NP, Zolnoun D, Janata J, Elston R, et al. The pelvis and beyond: musculoskeletal tender points in women with chronic pelvic pain. *Clin J Pain*. 2016;32(8):659-65. <http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000307>
30. Fritz S. Fundamentos da massagem terapêutica. 2a ed. São Paulo: Manole; 2002. p. 110-20.
31. Yang CC, Miller JL, Omidpanah A, Krieger JN. Physical examination for men and women with urologic chronic pelvic pain syndrome: a MAPP (Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain) Network study. *Urology*. 2018;116:23-9. <http://doi.org/10.1016/j.urology.2018.03.021>
32. Pavan PG, Stecco A, Stern R, Stecco C. Painful Connections: Densification Versus Fibrosis of Fascia. *Curr Pain Headache Rep*. 2014;18:441. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0441-4>
33. Pawlukiewicz M, Kochan M, Niewiadomy P, Szuścik-Niewiadomy K, Taradaj J, Król P, et al. Fascial manipulation method is effective in the treatment of myofascial pain, but the treatment protocol matters: a randomized controlled trial – preliminary report. *J Clin Med*. 2022;11(15):4546. <http://doi.org/10.3390/jcm11154546>
34. Stecco L, Stecco C. Fascial manipulation for internal dysfunctions. Padua: Piccin; 2014.
35. Pratelli E, Pintucci M, Cultrera P, Baldini E, Stecco A, Petrocelli A, et al. Conservative treatment of carpal tunnel syndrome: comparison between laser therapy and Fascial Manipulation®. *J Bodyw Mov Ther*. 2015;19(1):113-8. <http://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.08.002>
36. Artacho-Cordón F, Salinas-Asensio MM, Galiano-Castillo N, Ocón-Hernández O, Peinado FM, Mundo-López A, et al. Effect of a Multimodal Supervised Therapeutic Exercise Program on Quality of Life, Pain, and Lumbopelvic Impairments in Women with Endometriosis Unresponsive to Conventional Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2023;104(11):1785-95. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.06.020>
37. Branchini M, Lopopolo F, Andreoli E, Loreti I, Marchand AM, Stecco A. Fascial manipulation® for chronic specific low back pain: a single blinded randomized controlled trial. *F1000Res*. 2015;4:1208. <http://doi.org/10.12688/f1000research.6890.1>
38. Araújo TG, Scalco SCP. Transtornos de dor gênito-pélvica/ penetração: uma experiência de abordagem interdisciplinar em serviço público. *Rev. Bras. Sex. Humana*. 2019;30(1):54-65. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.72>