

OS BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA GINECOLÓGICA PARA AS PROFISSIONAIS DO SEXO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE BENEFITS OF GYNECOLOGICAL PHYSICAL THERAPY FOR SEX PROFESSIONALS: A REVIEW OF THE LITERATURE

Francisco Eudison da Silva Maia¹, Ellen Luzia Rebouças Moura¹, Erick de Castro Madeiros¹, Antônio Gabriel Kaio de Oliveira Pinto¹, Roney Remo Praxedes Carvalho¹, Saniely Aratany Lacerda da Silva¹, Sâmya Pires Batista²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivos demonstrar a anatomia e fisiologia do assoalho pélvico, relatar a historicidade e legalidade da prostituição, apontar as disfunções do assoalho pélvico nas profissionais do sexo e abordar a importância do tratamento e dos exercícios fisioterapêuticos para estas profissionais. Caracteriza-se como uma revisão de literatura, sendo consultadas as que foram publicadas no período de 2000 a 2012 e utilizados critérios quali-quantitativos para a escolha das mesmas, onde foram utilizados para a pesquisa descritores pré-determinados. Adicionamos a intervenção fisioterapêutica e os seus recursos que resultaram em benefícios satisfatórios. Há escassez na literatura atual sobre a área da fisioterapia ginecológica.

Descritores: modalidades de fisioterapia; assoalho pélvico; mulheres; profissionais do sexo.

ABSTRACT

This Article is characterized as a literature review. The articles consulted were published from 2000 to 2012, and qualitative and quantitative criteria were used for selection, including predetermined search descriptors. The objectives were to demonstrate the anatomy and physiology of the pelvic floor, to report the historicity and legality of prostitution, to demonstrate the pelvic floor dysfunctions in sex workers and to address the importance of treatment and physiotherapeutic exercises for these professionals. It was observed that the pelvic floor, in an anatomic and physiological point of view, has a large representation in the woman's life, especially in prostitutes. It was concluded that the use of physiotherapy in sex workers results in satisfactory benefits and that there is a great shortage in the current literature on the area of gynecological physical therapy.

Key words: physical therapy modalities; pelvic floor; women sex workers, diseases.

INTRODUÇÃO

É de extrema necessidade entender a região da pelve para traçarmos um tratamento satisfatório para as mulheres que trabalham na prestação de serviços de natureza sexual, pois esta região anatômica é uma peça fundamental para desenvolver este serviço e também tem a função primordial de sustentar o peso da parte superior do corpo nas posições sentada e de pé.¹

Do ponto de vista anatômico a pelve é o espaço circundado pelo cingulo do membro inferior, que é subdividido em maior e menor. Em relação ao assoalho pélvico, que irá ser o nosso foco, é formado pelo diafragma da pelve, que tem forma de tigela ou funil, formado por uma lâmina muscular composta de múltiplas camadas. Tais estruturas estão sendo ativadas

constantemente pelas mulheres que trabalham na prestação de serviços de natureza sexual.¹

Apesar dos avanços da discriminação em relação às mulheres que lidam nesta área, ainda há um longo caminho a percorrer, mas tal fato não deve ser um obstáculo para a atuação de profissionais de saúde. Neste aspecto, estamos em uma escala ascendente, onde a partir do século 20 percebeu-se uma evolução, onde à emergência de organizações integradas por prostitutas passaram a reivindicar não só os direitos sociais de cidadania, mas também o reconhecimento da prostituição “como um trabalho como outro qualquer”, que acarretam direitos e deveres. No Brasil estas mudanças no campo das políticas públicas voltadas à prostituição começaram a mudar a partir do ano 1990, inaugurando um período de incorporação de novos elementos, perspectivas e sujeitos no debate sobre a prostituição e os direitos das pessoas que exerciam esta atividade e a forma como estas mulheres tinham acesso à saúde completa e indiscriminada.²

Em meio às questões de saúde surge a atuação do fisioterapeuta na melhoria da vida e trabalho destas mulheres, pois recentes estudos mostram que o treinamento da musculatura pélvica tem efeito positivo na vida sexual e na qualidade de vida em seus diversos aspectos.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) provoca aumento da força da musculatura que se insere no corpo cavernoso do clitóris, havendo uma melhor resposta do reflexo sensorio-motor (contração involuntária dos MAP durante o orgasmo), auxiliando na excitação e no orgasmo. Além disso, a melhora do fluxo sanguíneo pélvico, da mobilidade pélvica e da sensibilidade clitoriana após TMAP, potencializaria não só a excitação, mas também a lubrificação, que é um fator crucial para as mulheres que trabalham na prestação de serviços de natureza sexual e fortalecimento.³

O presente artigo objetiva apontar as possíveis disfunções na musculatura pélvica das profissionais do sexo e o tratamento fisioterapêutico para estas, a partir de uma revisão literária. Através de uma abordagem da anatomia e fisiologia desta região do corpo, pontuaremos as possíveis disfunções sexuais a que estas mulheres estão suscetíveis ou os agravos que acometem o diafragma pélvico, bem como o tratamento da fisioterapia nessas disfunções. Em meio a essas questões, traçaremos um breve relato histórico e da legalidade das profissionais do sexo.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 4, p. 95 - 99, 2013

1. Acadêmico (a) do curso de Fisioterapia - Universidade Potiguar, Natal-RN.

2. Professora do curso de Fisioterapia - Universidade Potiguar, Natal-RN.

Recebido em 16/3/2013. Aceito para publicação em 15/4/2013.

Contato: eudisonmaia@yahoo.com.br

METODOLOGIA

O presente artigo caracteriza-se como uma revisão de literatura, realizada com o intuito de abordar as principais disfunções sexuais provenientes da prostituição e as condutas fisioterapêuticas indicadas.

Foram utilizados como fontes de referência periódicos e livros de áreas afins ao tema abordado e artigos do banco de dados do Scielo, através dos seguintes descritores: prostituição, disfunções sexuais, disfunções perineais, exercícios perineais e fisioterapia nas disfunções sexuais.

A literatura consultada foi publicada no período de 2000 a 2012, e foram utilizados critérios quantitativos, que assumem uma realidade estática e são orientados aos resultados; são replicáveis e generalizáveis; e qualitativos, que militam no campo da fenomenologia e compreensão exploratórias, descritivas e indutivas, que são orientadas ao processo e assumem uma realidade dinâmica e holística.⁵

O grupo utilizou para a elaboração do artigo 19 referências.¹⁻¹⁹ A pesquisa foi realizada no período de agosto a setembro de 2012, culminando com a elaboração do presente artigo de revisão literária. Cabe salientar a relativa escassez de trabalhos localizados na área de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Anatomia e fisiologia do assoalho pélvico

Do ponto de vista anatômico, a pelve é o espaço circundado pelo cingulo do membro inferior, que é um anel de ossos, que forma a bacia, que une a coluna e vértebras aos dois fêmures. Está subdividido em maior (a parte inferior da cavidade abdominal, que recebe a proteção das asas dos ílios) e menor (o espaço dentro do anel ósseo da pelve inferior à abertura superior da mesma).¹

O assoalho pélvico ou diafragma da pelve tem forma de tigela ou funil e é formado pelos músculos isquiococcígeo, levantador do ânus, e pelas fâscias que recobrem as faces superior e inferior. O músculo levantador do ânus é dividido em três partes; músculo (m.) puborretal, m. pubococcígeo e m. iliococcígeo. É circundado e parcialmente suspenso pela sínfise púbica e pelo púbis anteriormente, ílios lateralmente e sacro e cóccix posteriormente. Pósterio-lateralmente, o cóccix e a parte inferior do sacro estão fixados ao túber isquiático pelo ligamento sacrotuberal e à espinha isquiática pelo ligamento sacroespinal.

A membrana obturadora, formada por fortes fibras entrelaçadas, preenche o forame obturado onde são acrescentados os músculos da pelve menor. O músculo obturador interno acolchoa a parede lateral da pelve, suas fibras convergem para sair posteriormente atrás do forame isquiático menor. O músculo levantador do ânus é adicionado, suspenso em um espessamento na fâscia obturadora (arco tendíneo), que se estende do corpo do púbis até a espinha isquiática.¹⁻⁴

A estrutura responsável pela dinâmica de sustentação das vísceras abdomino-pélvicas é a musculatura levantadora do ânus e os músculos bulbocavernoso, transverso superficial do períneo e o isquiocavernoso, que compõem o diafragma urogenital.⁶

Outra região de suma importância é a estrutura chamada de centro do períneo, que é formada pelo cruzamento de fibras do esfíncter anal, músculo da parede vaginal, músculo transverso do períneo e o músculo elevador do ânus.⁷

O termo períneo, usando seu sentido mais amplo, conforme estabelecido pela Terminologia Anatômica Internacional como sendo a região do corpo que inclui todas as estruturas dos trígono anal e urogenital, superficiais e profundos, que se estendem superiormente até a fâscia inferior do diafragma da pelve.¹

O diafragma da pelve é uma lâmina muscular composta de múltiplas camadas que se estende entre o púbis e o cóccix, formando o suporte inferior da cavidade abdominopélvica que é perfurado pela uretra, vagina e reto, e a sua principal ação é ajudar a sustentar as vísceras pélvicas, fletir o cóccix e com o aumento da pressão intra-abdominal ajudar a sustentar as vísceras no local correto.^{1,7}

Os músculos do assoalho pélvico são constituídos de 70% de fibras do tipo I (fibras de contração lenta) e 30% de fibras do tipo II (fibras de contração rápida). Assim, as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigravitacional dos músculos do assoalho pélvico, mantendo o tônus constante e também na manutenção da continência no repouso. E as do tipo II são recrutadas durante aumento súbito da pressão abdominal, contribuindo, assim, para o aumento da pressão de fechamento uretral.⁶

Historicidade e legalidade da prostituição

A prostituição feminina é um fenômeno social constante em quase todas as civilizações, e sua origem se perde na história. Na referência popular é a profissão mais antiga do mundo e que existiu em todas as sociedades que possuem registros escritos, principalmente, porque até meados do século 13, não havia opções de remuneração para a mulher e, para sua sobrevivência econômica, elas deveriam ser casadas, fazer parte do clérigo ou ser prostitutas. Apesar da história da prostituição acompanhar a história humana, a sua legalidade não é reconhecida, até hoje, em muitos países.⁸

A prostituição constitui-se como uma prática milenar que tradicionalmente tem subvertido o exercício 'controlado' da sexualidade via instituições sociais, como o casamento civil. Tentativas de controle foram implementadas no passado, variando da satanização, isto é, o controle exercido pela instituição religiosa, passando pela proibição expressa em códigos civis e chegando, finalmente, nos dias atuais aqui no Brasil, legalizada como atividade profissional.⁹

Esta legalização teve início após a realização, em 1987, do I Encontro Nacional de Prostitutas, na cidade do Rio de Janeiro, sendo que a estratégia para garantir o reconhecimento público da profissão e a cidadania das "profissionais do sexo" foi a criação e a legalização de associações em diferentes Estados. Dois anos depois, durante o II Encontro Nacional de Prostitutas, nasceria a Rede Nacional de Profissionais do Sexo. Nos anos seguintes um conjunto de entidades foi criado em diversos estados brasileiros.²

A discussão e aprovação da nova versão da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) se deu no início de 2000, sob coordenação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e envolveu diferentes setores da sociedade que atuam na defesa dos interesses e direitos das prostitutas para discutir a inclusão da atividade na CBO.² Devido aos esforços das entidades supracitadas, o novo CBO traduz o reconhecimento por parte do MTE da "profissional do sexo" como trabalhadora e inovou antes o modelo tradicionalmente adotado no país para o enfrentamento da questão da prostituição. A ocupação de "profissional do sexo" é indexada na CBO com o número 5.198-05.²

Alguns anos depois, foi possível identificar outras iniciativas do legislativo brasileiro no campo social e indiretamente na saúde no que se refere ao trabalho e aos direitos humanos desta classe, o que culminou na elaboração do Projeto de Lei (PL) 98/2003 do deputado federal Fernando Gabeira, que visa em primeiro momento a exigibilidade de pagamento por serviço de natureza sexual e conforme o relator do PL, deputado Chico Alencar, esta exigibilidade iria ter consequências diretas na saúde das mulheres. Segundo ele, [...] *como consequência imediata, teremos a melhora do padrão de vida das prostitutas. Hoje, essas profissionais sujeitam-se a contratações aviltantes, geralmente intermediadas por cafetões que recolhem a maior parte do pagamento. Além disso, sofrem com o envelhecimento mais que o restante da população economicamente ativa: quanto menos jovens, mais são obrigadas a submeterem-se a condições desumanas de trabalho, como o relacionamento sexual sem a devida proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.*¹⁰

Atualmente no Brasil a prostituição não é ilegal, ao contrário do que ocorre em outros países como, por exemplo, nos Estados Unidos.¹¹

Importância do tratamento e dos exercícios fisioterapêuticos para as profissionais do sexo

A Fisioterapia Ginecológica nos últimos anos vem abrindo novos caminhos direcionados à sexualidade feminina, alcançando resultados surpreendentes, promovendo o reconhecimento da importância da musculatura do assoalho pélvico e avaliando o nível da função sexual.¹²

Em relação a esta musculatura, se houver uma insuficiência elástica da região pélvica irá provocar uma dificuldade na sua capacidade de distender-se adequadamente, podendo romper, gerando um prolapso de bexiga, útero e/ou reto, fazendo-se, assim, a intervenção do fisioterapeuta tão necessária.⁷

Com o intuito de evitar os prolapsos pélvicos, os exercícios perineais constituem uma opção simples e barata, porém é preciso salientar a necessidade de motivação para a obtenção de bons resultados. Abordar a importância do tratamento e dos exercícios fisioterapêuticos para as profissionais do sexo é de extrema relevância.⁶

Entre os recursos fisioterapêuticos, podemos citar a cinesioterapia, que tem como objetivo reforçar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, hipertrofiar principalmente as fibras musculares estriadas do tipo II dos diafragmas urogenital e pélvico.

Os exercícios através de contrações rápidas obtiveram 70% de cura ou melhora das perdas urinárias. Resultados similares foram relatados por outros autores. Entretanto, a dificuldade desse tipo de tratamento ocorre, muitas vezes, devido à incapacidade das pacientes em distinguir corretamente os músculos do assoalho pélvico, isto é, promovem contrações de outros músculos não relacionados, tais como o reto abdominal, glúteo máximo e adutor da coxa.¹³

Entre os meios empregados para tratamento ou prevenção de disfunções, podemos citar os instrumentos de "Biofeedback", que têm como objetivo melhorar a conscientização pélvica da paciente. Empregam-se aparelhos que emitem sinais sonoros, visuais ou ondas elétricas, avisando quando ocorre relaxamento uretral. As pacientes aprendem a contrair a musculatura pélvica para evitar a perda de urina. São necessárias várias sessões de treinamento para que aprendam a contrair e relaxar a musculatura perineal. Em longo prazo, os índices de cura dependem

diretamente da execução por parte das mulheres. O instrumento usado é chamado de "Biofeedback", que é composto por um manômetro calibrado, conectado a uma pêra ligeiramente cônica por uma extensão de látex com 80 cm de comprimento. A extensão de látex mede 0,2 mm de espessura da borracha e 0,4 mm de diâmetro interno. A pêra de látex tem uma extremidade que se adapta à extensão por meio de uma peça de inclusão metálica. O corpo cilíndrico mede 3 cm, com forma superior cônica arredondada, destinada à introdução no canal da vagina.⁷

Em relação às técnicas de cinesioterapia, a de maior aceitação e comprovação científica são as de Arnold Kegel, que, em 1948, elaborou um método de avaliação e um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Este utilizava dois métodos diferentes para a avaliação do tônus da musculatura pélvica, subjetivamente por meio da palpação digital do introito vaginal e objetivamente através do perineômetro. Os exercícios de Kegel pela sua simplicidade e reduzido custo (o doente poderá executá-los enquanto está sentado a ver televisão) devem ser sempre recomendados como tratamento inicial das incontinências ligeiras e como medida preventiva.¹⁴

Nesses exercícios de propriocepção, o objetivo é a conscientização da musculatura envolvida, já que ela não é usualmente treinada pelas mulheres. Esse procedimento facilitará a realização, desempenho e sucesso nos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.⁷

Nos exercícios isométricos, a posição da paciente em decúbito dorsal ou lateral são mais fáceis para começar, instruir para enrijecer o assoalho pélvico como se tentasse parar de urinar. Segurar por três a cinco segundos e relaxar. A bexiga deve estar vazia quando se realiza o exercício. Esse treino é de valor na prevenção ou tratamento de incontinência e "bexiga gotejante", que pode ocorrer durante a tosse, espirro, riso ou outras atividades de esforços.⁷

Enfim, os treinamentos dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) e conscientização dos mesmos têm sido apontados como técnicas auxiliares no tratamento das disfunções sexuais femininas por alterarem de maneira positiva a vida sexual, além de auxiliarem milhares de mulheres na prevenção e no tratamento de diversas patologias que envolvem a fadiga, algo que é bastante presente nas profissionais do sexo.^{3,12}

Apesar das hipóteses traçadas pelo presente artigo de revisão, pouco se sabe sobre os resultados e a importância da fisioterapia para as disfunções do assoalho pélvico nas prostitutas, pois não encontramos nenhum estudo que utilizou questionários objetivos para avaliação da função sexual feminina após a aplicação dessas técnicas fisioterapêuticas (TMAP) e os correlacionou à função muscular dos MAP. Além disso, são escassos os estudos que tentaram verificar quais mudanças ocorreriam nas diversas disfunções sexuais.³

Outro fato que merece ser marcado é a total falta de conhecimento das profissionais do sexo sobre o trabalho da fisioterapia para fortalecer o assoalho pélvico. Em nenhum trabalho de pesquisa de campo notamos as profissionais do sexo colocando o comprometimento muscular desta região como queixa principal.

No período de outubro de 2000 a março de 2001 foram realizadas entrevistas em profundidade e grupos focais conduzidos por pesquisadores e pesquisadoras integrantes do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB). Nesta pesquisa a queixa principal das prostitutas foi a violência. Segundo as mesmas, a violência praticada por alguns clientes aparece, em todos os grupos, como um fator de

tensão permanente também oriundo do estigma. Essa violência se manifesta nas formas de ameaça com arma, agressão verbal, física e/ou moral. Depois são mencionadas as pressões psicológicas e emocional e o medo das doenças sexualmente transmissíveis.⁹

A fisioterapia ginecológica ainda é um recurso pouco procurado, o que reflete a falta de informação da sociedade por esse tipo de tratamento. Mas, mesmo sendo escassa a produção literária sobre este tema e considerando a falta de informação da sociedade, a intervenção fisioterapêutica na prevenção de algumas patologias é de extrema relevância como, por exemplo, as incontinências urinárias. Estima-se que cerca de 40% da população feminina apresente algum tipo de incontinência urinária. Dentre estas, cerca de 50% têm incontinência urinária de esforço. Diversos fatores podem contribuir para agravar o quadro, além de destacarem que as condições que produzem aumento crônico na pressão intra-abdominal predis põem a todas as formas de distúrbio do assoalho pélvico, sobrecarregando os tecidos já danificados. Os fatores de risco incluem constipação, tosse crônica do fumante ou doença pulmonar, obesidade e ocupações que exigem levantamento crônico de peso.¹⁵⁻¹⁶

Em meio a toda esta questão, a única homogeneidade na literatura é afirmar que os exercícios pélvicos melhoram a capacidade de recrutamento da musculatura, o tônus e a coordenação reflexa durante o esforço, o que resulta em benefícios para as profissionais do sexo.¹³

Outro benefício proveniente do trabalho do fisioterapeuta junto às profissionais do sexo é que este profissional pode trabalhar com técnicas simples e de baixo custo, com o objetivo de melhorar as condições de lubrificação vaginal e promover uma maior eficiência da musculatura perivaginal.¹²

Por fim, é importante o fisioterapeuta orientar estas profissionais sobre anatomia pélvica, distúrbios sexuais, trabalho de reeducação postural, consciência corporal e reeducação da musculatura do assoalho pélvico através de cinesioterapia, *biofeedback* ou outros recursos disponíveis como, por exemplo, a eletroestimulação, além de palestras de orientação sexual que visam proporcionar o autoconhecimento da mulher sobre seu próprio sistema genital.¹⁷

Outro problema grave, além do comprometimento da musculatura pélvica, é a discriminação sofrida constantemente pelas prostitutas, o que acarretou o movimento organizado de prostitutas no Brasil, representado pela Rede Brasileira de Prostitutas, que defende o reconhecimento legal da profissão. No entanto, essa regulamentação não deve conter exigências que vão contra a cidadania, mas que dêem ênfase especial à saúde dessas mulheres.¹⁸

Em relação a esta profissionalização do sexo ou regulamentação, existem os opositores argumentando que: [...] *a prostituição, ou seja, a venda de corpos, forçada ou não, é talvez a maior violência social cometida contra as mulheres. Esta violência é agudizada por sua total banalização; mais ainda, a profissionalização da prostituição, que acolhe adeptos mesmo entre as feministas, define a apropriação e a "mercantilização" total das mulheres como um trabalho, que seria tão estatutário e dignificante quanto qualquer outro.*¹⁹

Segundo eles, a simples classificação "trabalho" promove a compra de mulheres onde a classe dos homens se apropria e usa a classe das mulheres e finaliza dizendo: [...] *a prostituição é, portanto, uma instituição social que materializa a apropriação geral da "classe" dos homens em relação à "classe das mulheres". A prostituição enquanto "escolha" de*

*uma "profissão" obscurece a profunda esquizofrenia do olhar lançado sobre as prostitutas, destituídas de toda perspectiva psicológica, capazes de cindir, no exercício da sexualidade, da "profissão", seu corpo e sua mente, seu corpo e suas emoções.*¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da elaboração da revisão literária, foi possível abordar a anatomia pélvica de forma a demonstrar o quanto é importante o conhecimento acerca das musculaturas e estruturas desta área. Foi possível perceber que a prostituta ainda sofre constantes discriminações em meio social, por mais que com o passar dos anos a população tenha evoluído em suas concepções em relação às atividades desempenhadas por estas mulheres, mas ainda é constatado facilmente que estas profissionais sofrem exclusão social. O que não pode jamais acontecer é o impedimento ao atendimento em saúde, humanizado e integral, pois independente da profissão que desempenhe todos têm direito e acesso à saúde.

Em relação aos agravamentos provenientes da profissão, são constatados que, na realização de suas atividades, estão suscetíveis a sofrerem disfunções perineais e sexuais, portanto, o tratamento fisioterapêutico é destinado à melhoria dessas disfunções e a provocar inúmeros benefícios, como melhorias de circulação sanguínea, lubrificação vaginal, excitação e orgasmo, o que é de suma importância para a profissão que estas mulheres desempenham.

Por fim, a fisioterapia pode evoluir muito mais nesta área, sendo que, para isso acontecer, devem-se realizar mais pesquisas sobre as disfunções que ocorrem na mulher e, principalmente nas profissionais do sexo, o que até o momento não está acontecendo.

REFERÊNCIAS

1. Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
2. Rodrigues MT. A prostituição no Brasil contemporâneo: um trabalho como outro qualquer? Rev Katál. 2009;12(1):68-76.
3. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):234-40.
4. Netter FH, Machado CAG. Atlas interativo de anatomia humana [CD-ROM]. Versão 3.0. New York: Icon Learning Systems; 2004.
5. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):187-192.
6. Polpen M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetria. São Paulo: Santos; 2002.
7. Santos PG, Pedroso MA. Exercícios perineais para prevenir a incontinência urinária no puerpério. Rev Enferm UNISA. 2007;8:54-7.
8. Fonai ACV, Delitti M. Algumas contingências mantenedoras do comportamento de prostituir-se. Rev Bras Ter Comput Cogn. 2007;9(1):103-13.
9. Guimaraes K, Merchan-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. Rev Estud Fem. 2005;13(3):525-44.
10. Brasil. Câmara Federal. Projeto de Lei n. 98 de 2003 (do Sr. Fernando Gabeira). Brasília: Câmara Federal; 2003.
11. Grupo Davida. Prostitutas, "traficadas" e pãnicos morais: uma análise da produção de fatos em pesquisas sobre o "tráfico de seres humanos". Cad Pagu. 2005;(25):153-84.

12. Lazzarini KC, Carvalho F. Intervenção fisioterapêutica na disfunção sexual feminina – um estudo de caso. 3º Seminário de Fisioterapia da Uniamérica [Internet]. Foz de Iguaçu: Faculdade União das Américas; 2009 [acesso em 10 set. 2012]. Disponível em: http://www.uniamerica.br/transporte/3seminario/psd/artigos/Disfu_no_sexual_Feminina_-_Corrigido%5B1%5D.pdf.
13. Oliveira KAC, Rodrigues ABC, Paula AB. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento da incontinência urinária de esforço na mulher. Rev Eletrônica F@pciência. 2007;1(1):31-40.
14. Botelho F, Silva C, Cruz F. Incontinência urinária feminina. Acta Urol. 2007;24(1):79-82.
15. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR, et al. Abordagens das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(6):312-21.
16. Ribeiro RM, Rossi P. Incontinência urinária de esforço. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000.
17. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
18. Rede Brasileira de Prostitutas. Legislação sobre a prostituição no mundo [Internet]. 2012 [acesso em 10 set. 2012]. Disponível em: <http://www.redeprostitutas.org.br/index.swf>.
19. Swain TN. Banalizar e naturalizar a prostituição: violência social e histórica. Montes Claros. 2004;6(2):23-8.