



## RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA AS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Delma Jéssica Rodrigues da Silva<sup>1</sup>, Anderson Holanda de Abreu<sup>2</sup>

### RESUMO

As disfunções sexuais femininas (DSF) são perturbações de uma das fases do ciclo de resposta sexual, com alta prevalência e impacto significativo na autoestima e qualidade de vida da mulher. O presente estudo objetivou uma revisão de literatura sobre o tratamento da fisioterapia nas DSF, referente às técnicas mais usadas e o embasamento científico que justifique a sua aplicação. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: BVS, PUBMED e EBESCO, utilizando os termos: “Physiotherapy and Sexual Dysfunction” e “Physiotherapy and Pelvic Floor”. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 14 artigos que apontaram o toque bidigital, biofeedback, cones vaginais, ultrassom, terapias manuais, alongamentos, Kegels, eletroestimulação, dilatadores vaginais e orientações domiciliares, como as principais técnicas utilizadas. Concluímos que a procura por tratamento para as DSF é um novo campo, porém, há claras evidências quanto à necessidade de mais pesquisas randomizadas e controladas para maior validação das intervenções utilizadas. O fisioterapeuta disponibiliza de métodos avaliativos, que proporcionam a elaboração de objetivos específicos e emprego das intervenções mais indicadas para cada disfunção sexual, visando à obtenção de resultados positivos.

**Palavras-chave:** Diafragma da Pelve, Modalidades da Fisioterapia, Disfunção Sexual Fisiológica.

### ABSTRACT

The female sexual dysfunctions (FSD) are disruptions in one of the sexual response cycle phases, with high prevalence and significant impact in a woman's self-esteem and life quality. The present study aimed to perform a review in the literature regarding the physiotherapeutic treatment of FSDs, referring to the most used techniques and scientific basis that justify its application. The research was performed from on the databases: BVS, PUBMED and EBESCO using the terms “physiotherapy and sexual dysfunction” and “Physiotherapy and Pelvic Floor”. Applying the inclusion and exclusion criteria, 14 papers were selected, appointing two-digit touch, biofeedback, vaginal cones, ultrasound, manual therapies, stretching, Kegels, electrostimulation, vaginal expanders and household orientation as the most used techniques. We concluded that treatment for FSDs is a new work field, however, there are solid evidence showing the need for more randomized and controlled trials to increase the scientific basis of applied interventions. The physiotherapist has evaluation methods which allow the elaboration of specific aims and the application of most indicated intervention for each sexual dysfunction, aiming positive results.

**Keywords.** Pelvic Floor, Physical Therapy Modalities, Sexual Dysfunction Physiological.

---

<sup>1</sup> Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte. Professora bolsista do PRONATEC UFRN EAJ. Email: delma.physio@gmail.com

<sup>2</sup> Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Potiguar. Pós-graduado em Programa Saúde da Família. Professor da Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte. Email: arnaudholanda.ah@gmail.com



## INTRODUÇÃO

Atualmente, os tabus acerca da sexualidade feminina ainda caminham para um olhar de aceitação do prazer, onde a função sexual torna-se um importante componente da saúde da mulher, tendo relevância legitimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a reconhece como um dos pilares para a qualidade de vida. (MENDONÇA *et al.* 2012; FERREIRA *et al.*, 2007 e LUCENA e ABDO, 2012)

Os conceitos da atividade sexual foram sistematizados por Masters e Johnson (1984) que desenvolveram um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por excitação, platô, orgasmo e resolução, e, posteriormente, Kaplan (1977) o reformulou através de um novo esquema composto por desejo, excitação e orgasmo. Da combinação entre esses dois modelos, estabeleceram-se os critérios diagnósticos atuais para os transtornos da sexualidade, os quais estão descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). (ABDO *et al.* 2006)

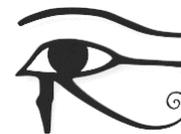
As Disfunções Sexuais Femininas (DSF) dizem respeito a uma ampla variedade de condições clínicas que afetam diretamente o ciclo de resposta sexual da mulher, associadas a uma diminuição acentuada na qualidade de vida e relações interpessoais, tendo alta prevalência, e nos últimos dez anos tem movido uma demanda crescente de clientes em busca de tratamentos, encontrando poucas alternativas. (VALADARES *et al.* 2008; LARA *et al.* 2008; ANTONIOLI e SIMÕES, 2010)

Estudos populacionais brasileiros e, em outros países, têm confirmado a alta prevalência de transtornos sexuais em todas as faixas etárias, para os dois gêneros, sendo a idade uma variável importante. (FLEURY e ABDO, 2009)

Abdo *et al.* (2004), avaliando 1.219 mulheres em São Paulo, identificou que 49% delas apresentavam pelo menos uma disfunção sexual, porcentagem na qual 26,7% apresentavam disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% referiram disfunção do orgasmo.

A fisioterapia possui ações eficazes e de baixo custo para o tratamento não farmacológico das DSF, constituindo uma área recente e pouco conhecida pela equipe que responde pelos cuidados da saúde da mulher, tendo um importante papel na avaliação, prevenção e tratamento das DSF, porém ainda há poucos estudos que relatam a atuação do fisioterapeuta como parte integrante da reabilitação da função sexual. (ROSENBAUM, 2005; 2009)

Devido ao exposto, o presente estudo vem através de uma revisão literária,



fornecer aos profissionais fisioterapeutas informações atuais sobre as intervenções utilizadas nas DSF, a fim de aumentar o número de publicações, potencializar as terapêuticas propostas e obter melhores resultados, ganhando espaço e reconhecimento perante a área da saúde sexual feminina.

## **MÉTODOS**

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura narrativa. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro a maio de 2014 nas bases de dados: BVS, PUBMED e EBESCO, utilizando os seguintes termos na pesquisa avançada: Physiotherapy and Sexual Dysfunction (pesquisa I) e Physiotherapy and Pelvic Floor (pesquisa II) respeitando os períodos de publicação de 1999 a 2014. A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: abordagem da fisioterapia nas DSF ou condições relacionadas (IUE, prolapso pélvico, adesões cicatriciais); publicações dos últimos quinze anos; artigos de revisão, ensaios clínicos, estudos experimentais ou quase experimentais, relato de casos, artigos de prática clínica, disponíveis gratuitamente; artigos em língua inglesa e portuguesa. Critérios de exclusão: artigos que abordassem disfunções sexuais associadas a patologias psiquiátricas. Também foram usadas as referências bibliográficas dos estudos selecionados e monografias de pesquisa cruzada como forma complementar de pesquisa.

## **RESULTADOS**

Baseados nos títulos dos artigos, nas bases de dados BVS, EBESCO e PUBMED, foram encontrados, no total, 1285 resultados, mas apenas 45 artigos relacionados ao tema. Após a análise dos títulos e autores entre o total, restaram apenas 17, pois os demais tratavam de duplicatas exatas entre as bibliotecas ou não estavam disponíveis gratuitamente. Após a leitura dos resumos dos artigos, mais 3 foram excluídos, 1 por se tratar de uma resenha literária e os outros 2 por estarem relacionados a intervenções fisioterapêuticas apenas para a incontinência urinária de esforço (IUE), restando 14 artigos selecionados em definitivo.

Rosenbaum foi a autora mais citada na pesquisa, sendo responsável por 5 resultados, através de artigos de prática clínica e revisões de literatura.

Seu primeiro estudo de prática clínica (2005) sobre as intervenções da fisioterapia no tratamento da dor sexual e seus transtornos, relata, de forma descritiva, tópicos que permeiam a discussão sobre a multidisciplinaridade, passando pela avaliação correta da paciente até o tratamento proposto (biofeedback, dilatadores vaginais, terapias manuais,



alongamentos e kegels), e conclui relatando que o fisioterapeuta intervém com vários recursos nas síndromes sexuais dolorosas e deve ser um profissional reconhecido como de vital importância por desenvolver um trabalho ímpar na equipe multidisciplinar.

Em 2006, Rosenbaum realizou uma revisão de literatura com o objetivo de investigar o papel da fisioterapia na saúde sexual, concluindo que embora alguns estudos mostrem que as intervenções fisioterapêuticas são eficazes e que o fisioterapeuta parece ser um membro integral da equipe de saúde envolvida na melhoria sexual; porém mais estudos são necessários para validar o sucesso das intervenções fisioterapêuticas.

Em 2007, realizou uma revisão com o objetivo de rever o papel do AP na promoção da função sexual ideal e examinar o papel da sua reabilitação no tratamento das DSF e masculinas, reunindo informações sobre anatomia pélvica relacionando as disfunções com a hipertonia ou hipotonia do AP, assim como os sintomas que podem estar presentes e cita alguns recursos terapêuticos (terapia cognitivo comportamental, Kegels, terapia manual, biofeedback e estimulação elétrica). Conclui que o estado tônico do AP parece ter forte influência sobre a resposta sexual feminina, porém mais estudos randomizados são necessários para validar a intervenção da fisioterapia nas DSF.

Em 2008, realizou uma revisão enfatizando o papel da fisioterapia em condições de dor musculoesqueléticas e em condições urogenitais, bem como a eficácia das intervenções usadas (terapia manual, exercícios terapêuticos, biofeedback, eletroestimulação e modalidades térmicas), e concluiu sobre a eficácia de tais técnicas, intensificando mais uma vez a necessidade de mais estudos controlados randomizados para validar o sucesso das intervenções.

Seu último artigo de revisão data de 2011, enfatizando as indicações, métodos e evidência da fisioterapia perante as disfunções do AP, concluindo que a fisioterapia do AP tem um papel importante em diminuição dos sintomas urogenitais e no melhoramento da qualidade de vida e função sexual em pacientes com queixas uroginecológicas.

Barber *et al.* (2005) revisaram a literatura em busca de achados que relacionem as DSF e a IUE, e explana sobre os principais tópicos relacionados a esse tema. A fisioterapia é abordada através do TMAP, que tem mostrado reduzir os sintomas de vazamento urinário e melhorar a qualidade de vida, especialmente, a qualidade sexual. Porém, relatam que estudos vêm sendo geralmente deficientes e inconsistentes, mas que devido ao baixo custo e riscos mínimos, o TMAP deveria ser mais estudado e mais indicado como tratamento de primeira linha tanto para a IUE quanto para as DSF, por trabalhá-las em conjunto.



Aveiro *et al.* (2009) realizaram um estudo de revisão com o objetivo de investigar a efetividade das intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo. Adequaram-se ao perfil da pesquisa apenas três estudos. Os autores concluíram que os estudos avaliados até poderiam apresentar protocolos eficazes, porém não forneciam evidências consistentes para as intervenções apresentadas devido a suas baixas qualidades metodológicas.

Antonioli e Simões (2010) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de descrever as principais alternativas fisioterapêuticas para minimizar as DSF, citando cones vaginais, Kegels, toque bidigital, eletroestimulação, biofeedback e orientações domiciliares. Concluem o estudo relatando que as técnicas fisioterapêuticas são comumente aplicadas no tratamento da IUE e no pós-operatório de prostatectomia, porém estão sendo utilizadas como alternativa para as DSF, de forma satisfatória, por estarem baseadas na reeducação perineal.

Mendonça e Amaral (2011) realizaram um estudo de revisão, que foram classificados de acordo com o grau de evidência e discutem acerca de intervenções fisioterapêuticas para DSF, incluindo orientações, exercícios para o AP, dessensibilização, liberação cicatricial, massagem local, alongamento, biofeedback e estimulação elétrica. Concluem seu estudo afirmando a importância do fisioterapeuta na equipe, ressaltando, porém a necessidade de maior divulgação desse profissional como uma das possibilidades terapêuticas existentes para o tratamento das DSF.

O último achado de revisão literária conta com a pesquisa realizada por Ginns *et al.* (2013) em busca de informações sobre o biofeedback em todas as áreas da reabilitação física, citando o ultrassom de imagem (UTRs) como alternativa para fornecer um adequado e eficiente feedback visual para os MAP. Conclui sua pesquisa enfatizando que, embora uma série de estudos tenha sido realizada com o biofeedback, ainda são necessários estudos em grande escala para a análise de diferentes aplicações em diferentes populações clínicas.

Wurn *et al.* (2004) realizaram um estudo experimental não randomizado que visava avaliar a efetividade de novas terapias manuais específicas para o melhoramento do orgasmo e redução de dispareunia, objetivando por meio desse método, a obtenção de uma melhora da mobilidade aderencial, em 23 mulheres com histórico indicativo de formação adesiva abdominopélvica. Como resultado, houve melhora significativa na pontuação total do FSFI (Female Sexual Function Index), domínio da dor e domínio orgasmo, e nas três escalas da dor sexual, em que 21 dos 23 pacientes apresentaram melhora. O autor ainda afirma que a terapia é uma técnica não-invasiva, sem riscos ou efeitos adversos, e deve ser considerada como um novo adjuvante para o tratamento das disfunções da dor sexual.



Bianco e Braz (2004) realizaram um estudo quase experimental, com o objetivo de analisar os efeitos dos exercícios do AP na sexualidade feminina, com um grupo de cinco estudantes universitárias com vida sexual ativa. Os autores concluíram que a presente pesquisa demonstrou ser possível a obtenção de resultados significativos na sexualidade feminina mediante os exercícios dos MAP, mas sugeriram para os próximos protocolos um maior período de treinamento com evoluções constantes do período de tempo da contração muscular AP durante os exercícios. Relataram ainda que os resultados obtidos na avaliação e na reavaliação da força perineal com o cone vaginal, o perineômetro ou através do toque bidigital são equivalentes, tornando esses métodos complementares e eficazes como instrumentos de avaliação.

Mackenzie (2009) coordenou um estudo fenomenológico que explorou as experiências dos indivíduos do sexo feminino com dispareunia que foram submetidas a um tratamento com massagem de ponto de gatilho como parte integrante de seu tratamento fisioterapêutico. Todas as mulheres relataram melhora dos seus sintomas após o tratamento, e o autor concluiu sugerindo que o estudo reforça a evidência de uma abordagem física para benefício de mulheres com dispareunia, mas os resultados também revelaram um componente psicológico na origem da disfunção, indicando possivelmente uma abordagem multidisciplinar seja empregada.

Piassaroli *et al.* (2010), em seu ensaio clínico para avaliar o efeito do TMAP sobre as disfunções sexuais em 26 mulheres que apresentavam diagnóstico de DSF, utilizaram Kegels em 10 posições diferentes, totalizando, ao final de cada sessão, cerca de cem contrações. Os resultados apontaram melhora do grau de força dos MAP em 89% das pacientes, o que sugere o potencial da abordagem fisioterapêutica como coadjuvante no tratamento, e proporcionar a melhora na qualidade de vida dessas mulheres.

## **DISCUSSÃO**

### **4.1. O fisioterapeuta e as DSF**

A fisioterapia é considerada um componente complementar para as disfunções urogenitais, incluindo a IUE e prolapso pélvico que muitas vezes acompanham o histórico das DSF. Temos recursos terapêuticos capazes de prover tratamentos para restaurar a função, melhorar a mobilidade, aliviar a dor, e prevenir ou limitar deficiências permanentes, uma vez



que as apresentações sintomáticas que limitam a função sexual frequentemente relacionam-se com disfunções de componentes osteomusculares. (ROSENBAUM, 2008 e 2011)

#### 4.2. Avaliação e anamnese

A priori, nas disfunções sexuais, como em qualquer outra disfunção orgânica, o fisioterapeuta deve estar focado em uma boa avaliação, voltada as DSF, para efetuar uma abordagem satisfatória. Porém, poucos autores atentaram a esses pontos de forma detalhada.

Antonioli e Simões (2010) retratam as características da anamnese como a experiência sexual, a personalidade, as condições de vida e a história ginecológica como sendo dados fundamentais da anamnese. Além desses pontos, ainda relatam que o profissional deve considerar que a sintomatologia relatada esteja presente no cotidiano do paciente há no mínimo seis meses.

Rosenbaum (2005) aborda o exame músculo esquelético, que deve ser realizado através de uma avaliação da estrutura, com atenção para a mobilidade e força do AP, áreas de maior tensão, hipomobilidade visceral e sacral, alinhamento pélvico, e também devem ser realizados testes para comprimento muscular e avaliação geral da postura, respiração e marcha.

Antonioli e Simões (2010) e Rosenbaum (2005) retratam que a palpação da parede vaginal deve ser realizada com os dedos, assim como a avaliação do grau de força e tônus perineal, porém, segundo Rosenbaum (2007), não há atualmente nenhum acordo padrão para a definição da força dos MAP.

#### 4.3. Objetivos da fisioterapia nas DSF

Uma boa avaliação da disfunção em questão trará consigo a obtenção de dados que possibilitam a elaboração de objetivos corretos para a execução do tratamento fisioterapêutico mais adequado a cada caso. Mendonça e Amaral (2011) citam como objetivos dos tratamentos possibilitados pela fisioterapia para as DSF, apenas o aumento do equilíbrio muscular e da vascularização pélvica, enquanto Rosenbaum (2005) cita os principais objetivos, que são: aumentar a conscientização e propriocepção da musculatura, melhorar a discriminação muscular e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular, aumentar a elasticidade na abertura vaginal e dessensibilizar zonas dolorosas, e reduzir o medo da penetração vaginal.



## 4.2. Intervenções fisioterapêuticas para as DSF

### 4.2.1. Aprendizado da consciência corporal

Existe certa desinformação acerca da anatomia pélvica feminina, pois muitas mulheres desconhecem o próprio corpo. Mas para que as funções dos MAP sejam realizadas de forma eficaz, é necessário que haja conscientização dessa musculatura para sua contração ideal (PINHEIRO *et al.* 2012). Dessa maneira, as informações sobre fisiologia sexual foram referidas nos estudos de Rosenbaum (2011) e Aveiro *et al.* (2009), como importantes etapas iniciais do tratamento fisioterapêutico para o tratamento das DSF, que vão proporcionar o conhecimento correto das estruturas do AP.

Rosenbaum (2008) relata que fisioterapeutas provêm informações anatômicas, frequentemente, usando o reflexo de um espelho para ensinar as pacientes sobre sua anatomia íntima, fornecendo sugestões e conselhos em relação ao controle da dor, atividades funcionais, e exercícios domésticos.

### 4.2.2. Toque bidigital

O toque bidigital foi citado como método avaliativo (exame vaginal) nos artigos desenvolvidos por Bianco e Braz (2004), Medeiros *et al.* (2004), Antonioli e Simões (2010), Rosenbaum (2007) e Piassarolli *et al.* (2010). Nesse toque, o examinador introduz o dedo indicador e o dedo médio na vagina da paciente e solicita a ela que contraia e mantenha a contração dos músculos perineais ao redor de seus dedos. O intuito é avaliar força e tônus muscular do AP, mas também pode ser usado para seu ganho e aumento da propriocepção do AP. (ROSEMBAUM, 2007; PINHEIRO, 2012)

Segundo Rosenbaum (2007), em relação AP, o termo hipotonia descreve fraqueza, enquanto a hipertonia descreve a contração muscular ou aperto. Todavia, a contração aumentada do músculo não exclui a fraqueza, como nos casos de vaginismo, onde há uma contração muscular exagerada do introito vaginal, quando na verdade a fraqueza muscular e instabilidade muscular estão associadas a essa disfunção sexual. Devido a esse fator, o fisioterapeuta tem que atentar a essa peculiaridade do vaginismo em sua avaliação.



#### 4.2.3. Biofeedback

O biofeedback é um método que tem efeito modulatório sobre o SNC através da utilização de uma retroinformação externa como meio de aprendizado, com o objetivo de ajudar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos MAP, de forma a proporcionar uma reeducação rápida e eficiente. (ANTONIOLI e SIMÕES, 2010)

De todas as intervenções da fisioterapia mencionadas, até o momento, somente o biofeedback passou por estudos controlados e é bastante estudado em outras áreas da reabilitação. (ROSENBAUM, 2006 e 2007; GINNS, 2013)

Para a avaliação e tratamento com o biofeedback, a paciente encontra-se na posição supina, com membros inferiores fletidos e abduzidos, quando então é introduzida na vagina a sonda inflável, que após ser insuflada, a paciente deve ser orientada a realizar uma contração máxima do introito vaginal, sendo esta visualizada e graduada no visor do aparelho em milímetros de mercúrio (mmHg). Mulheres com pressão vaginal inferior a 30 mmHg apresentam disfunção sexual. (BIANCO e BRAZ, 2004; LUZ, 2009; ANTONIOLI E SIMÕES, 2010)

#### 4.2.4. Cones vaginais

Várias tentativas para encontrar um meio de aplicar resistência gradual aos músculos do pavimento pélvico levaram a criação e comercialização dos cones vaginais, pequenas cápsulas de formato anatômico, com pesos progressivos (de 20g à 70g), que objetivam propiciar um ganho de força e resistência muscular através de um reflexo automático que estimula o recrutamento das fibras pubococígeas, além de proporcionar à mulher uma conscientização da contração do AP. (BIANCO e BRAZ, 2004; LUZ, 2009; ANTONIOLI e SIMÕES, 2010)

Segundo Luz (2009) e Dreher (2009), depois de inserido o cone, a paciente deve deambular, e se o cone ficar retido por um minuto, deve passar para o cone seguinte, de forma que o cone mais pesado que ficar retido por um minuto será o cone utilizado para início do tratamento. Este último cone deve ser introduzido duas vezes por dia, durante uma caminhada e durante a realização de outros tipos de atividades de pé, não muito cansativas, durante 15 minutos, por no máximo um mês. A progressão dos cones ocorre quando a paciente conseguir aguentar um cone por dois dias seguidos, passando assim para o cone seguinte.



Dreher (2009) descreveu resultados satisfatórios em seu relato de caso, em relação ao ganho de força do AP obtido através do uso domiciliar de cones vaginais, durante o período de oito semanas.

#### 4.2.5. Ultrassom

O uso de ultrassom perineal na aplicação do calor profundo produzido por ondas de frequência foi relatado apenas em uma revisão literária (ROSENBAUM, 2005), no tratamento de dispareunia, em um estudo comandado por Feno-Smith, em 2000, não sendo citados os seus resultados nem detalhes do protocolo utilizado.

#### 4.2.6. Terapias manuais

As técnicas manuais incluem massagem, dilatação dos tecidos moles e mobilizações ósseas, e são componentes importantes do tratamento fisioterapêutico (ROSENBAUM 2005 e 2006).

Antolioli e Simões (2010) relata que o toque bidigital, já descrito, pode ser usado como método de trabalho manual, podendo dessa forma, a mulher desenvolver um conhecimento corporal mais aprimorado e aprender a relaxar a musculatura durante a relação sexual.

Wurn *et al.* (2004) realizaram um estudo que visava o aumento do orgasmo e diminuição da dispareunia através da fisioterapia manual (em mulheres com histórico indicando formação adesiva abdominopélvica), objetivando promover microfalhas nas ligações cruzadas de colágeno e dessa forma realinhá-las para melhorar a mobilidade dos tecidos. Como resultado das intervenções, houve uma melhoria estatisticamente significativa na pontuação total do FSFI (Female Sexual Function Index), e em três escalas da dor sexual, em que 21 dos 23 pacientes apresentaram melhoria.

Luz (2009) cita em sua revisão literária a massagem vaginal, relatando que a manobra deve englobar a pele e adjacências da entrada do canal vaginal, com predominância na porção muscular localizada a cerca de dois centímetros para dentro da vagina e envolvendo o canal quase como um nó, com o objetivo promover um relaxamento progressivo dos músculos pélvicos, especificamente na entrada do canal vaginal, além dos tecidos locais adjacentes.

Rosenbaum (2005) e Mackenzie (2009) também dissertaram em seus estudos



sobre a massagem, com o objetivo de tratar pontos de gatilho que podem surgir na região vaginal, em mulheres com dispareunia, produzindo dor local em uma referida posição, e adicionalmente, recomendam a utilização de técnicas de liberação de tecido cicatricial e conjuntivo, e técnicas osteopáticas (como a manipulação visceral e urogenital).

Mackenzie (2009) coordenou um estudo fenomenológico, que agregou entrevistas com pacientes submetidas a tratamento com massagem nos pontos de gatilho vaginais para dispareunia, no qual todas as participantes relataram benefícios após o seu tratamento, quanto à dor, aos sintomas urinários, à autoestima, aos relacionamentos pessoais e atividades laborais e de lazer (viagens).

#### 4.2.7. Alongamento

O alongamento passivo pode ser empregado para normalizar os desequilíbrios posturais, melhorar a circulação sanguínea e mobilidade na pélvis e na área vulvar, uma vez que uma mobilidade diminuída ou um encurtamento dos músculos adjacentes podem vir a contribuir para a dor e afetar componentes viscerais. Mulheres com vaginismo frequentemente apresentam músculos pelvitrocantarianos, isquiostibiais e adutores de quadril encurtados, demonstrando a importância da associação de alongamentos ao programa de reabilitação para as disfunções sexuais. (ROSENBAUM, 2005 e 2008)

#### 4.2.8. Exercícios de Kegel

Kegel (1952) foi o primeiro a introduzir o conceito de exercício dos MAP, pois, acreditava que poderiam reverter a incontinência e aumentar a resposta sexual, quando identificou relação entre a fraqueza dos músculos do AP em mulheres e a presença de disfunção urinária e sexual (ROSENBAUM, 2007 e 2008 e BIANCO e BRAZ, 2004). A vagina possui pouquíssimas fibras nervosas sensoriais, então, os MAP conferem a sensibilidade proprioceptiva que contribui para o prazer e, quando fortalecidos, proporcionam uma vagina menor e maior atrito contra o pênis, estimulando mais terminações nervosas e proporcionando uma sensação agradável durante a relação sexual (BIANCO e BRAZ, 2004).

Piassaroli *et al.* (2010), em seu ensaio clínico, utilizaram exercícios de Kegel



obtendo um aumento do grau de força dos MAP que, em 85% das mulheres eram grau 1 ou 2, e em 69% passou a apresentar grau de força 4 a 5, além de melhora da atividade sexual refletida através do escore final do FSFI (de 18,5 para 30,3).

#### 4.2.8. Eletroestimulação

A eletroestimulação consiste na colocação intravaginal, intra-anal ou de superfície, de um dispositivo, com frequência entre 10hz e 50hz, o qual promove potentes estímulos elétricos no nervo pudendo, e dessa forma aumenta a pressão intrauterina, através da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, aumentando o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do pavimento pélvico, restabelecendo conexões neuromusculares, melhorando a função da fibra muscular e modificando o padrão de ação pelo aumento das fibras musculares rápidas (LUZ, 2009).

Essa técnica é muito eficaz para a conscientização do AP e reforço muscular, porém, a corrente elétrica deve ser ajustada de forma a ser sentida pela paciente no momento da contração, mas não a ponto de chegar a uma sensação desagradável. A paciente que possuir marca-passo não deve submeter-se a essa terapêutica, por uma precaução teórica quanto a sua exposição às despolarizações da corrente (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010).

A estimulação elétrica é empregada como tratamento principalmente quando a avaliação muscular obtiver um resultado menor que três, sendo indicado no tratamento da incontinência urinária e fecal. Também é indicada como estímulo proprioceptivo de forma despertar a consciência corporal e levar a contração correta do pavimento pélvico (LUZ, 2009). Segundo Rosenbaum (2005), a estimulação elétrica foi estudada e conclui-se ser eficaz no tratamento da dor pélvica e no tratamento de doenças da dor sexual.

#### 4.2.9. Dilatadores vaginais

Aveiro *et al.* (2009), Rosenbaum (2011), Mendonça e Amaral (2011) relatam o uso de dilatadores vaginais associados a técnicas de relaxamento muscular para mulheres em tratamento do vaginismo, com o objetivo de distender o introito vaginal e evitar a ansiedade pela penetração. Dois estudos citados na revisão bibliográfica de Aveiro *et al* (2009) resultaram, respectivamente, em: penetração vaginal satisfatória em 12 das participantes que



terminaram o programa, no estudo clínico de série de casos de Seo *et al* (2005), e 37 participantes (97%) conseguiram penetração vaginal satisfatória no estudo randomizado de Schynder *et al* (1998).

## CONCLUSÃO

A procura por tratamentos para as DSF é um campo relativamente novo para a fisioterapia, trazendo uma gama de intervenções baseadas na reabilitação do AP, por meio de alongamentos, exercícios íntimos, terapias manuais, terapias cognitivo-comportamentais, conscientização perineal, entre outros. Todavia, esse profissional ainda caminha em direção ao conhecimento da equipe multidisciplinar de saúde sexual quanto ao seu trabalho. O fisioterapeuta disponibiliza de métodos avaliativos, que proporcionam a elaboração de objetivos específicos para cada caso de disfunção sexual, assim como o emprego da intervenção mais eficaz, obtendo resultados positivos na reabilitação do AP, como o aumento da conscientização, propriocepção, tônus, elasticidade e vascularização, porém, há claras evidências quanto à necessidade de mais pesquisas randomizadas e ensaios clínicos controlados para maior embasamento científico das intervenções utilizadas nas DSF.

## REFERÊNCIAS

- ABDO, Carmita Helena Najjar; Y, Heloisa Junqueira Fleur. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas: Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions. **Rev. Psiq. Clín.**, [s.l.], v. 3, n. 33, p.162-167, 2006.
- ANTONIOLI, Reny de Souza; SIMÕES, Danyelle. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Neurocienc**, [s.l.], p.267-274, 2010.
- AVEIRO, Mariana Chaves; GARCIA, Ana Paula Urdiales; DRIUSSO, Patrícia. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.279-283, jul. 2008.
- BARBER, Matthew D. et al. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, [s.l.], v.72, n.3, p.225-232, mar.2005.
- BIANCO, Geovana; BRAZ, Melissa Medeiros. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. **Fisio. Aquat.**, [s.l.], v.10, n.1, p. 65-74, 2004.
- DREHER, Daniela Zeni et al. O fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p.43-49, jan. 2009.
- FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes et al. Disfunções sexuais femininas. **Femina**, [s.l.], v. 35, n. 11, p.689-695, nov. 2007.



GIGGINS, Oonagh M; PERSSON, Ulrik Mccarthy; CAULFIELD, Brian. Biofeedback in rehabilitation. **Journal Of Neuroengineering And Rehabilitation**. [s.l.], p. 1-11. jan. 2013.

LARA, Lúcia Alves da Silva et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas: The assessment and management of female sexual dysfunction. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, [s.l.], p.312-321, 2008.

LUCENA, Bárbara Braga de; ABDO, Carmita Helena Najjar. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. **Diagn Tratamento.**, [s.l.], p.82-85, 2012.

LUZ, João Antônio Almeida. Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina. Barcarena, Universidade Atlântica, 2009. Monografia.

MACKENZIE, N. A phenomenological study of women who presented to a physiotherapy led continence service with dyspareunia and were treated with trigger point massage. **Journal Of The Association Of Chartered Physiotherapists In Women's Health**. [s.l.], p. 24-39. 2009.

MENDONÇA, Carolina Rodrigues de; AMARAL, Waldemar Naves do. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura. **Femina**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.139-142, mar. 2011.

PIASSAROLLI, Virginia Pianessole et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, [s.l.], p.234-240, 2010.

PINHEIRO, Brenda de Figueiredo et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. **Fisioter. Mov**, Curitiba, v. 25, n. 3, p.639-648, jun. 2012.

ROSENBAUM, Talli Yehuda. Pelvic floor Physiotherapy for women with urogenital dysfunction and methods. **Minerva Urol Nefrol**, [s.l.], p.101-107, 2011.

\_\_\_\_\_. Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. **Journal Of Sex & Marital Therapy**. [s.l.], p. 89-93. 2011.

\_\_\_\_\_. The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction. **Current Sexual Health Reports**, [s.l.], p.97-101, 2008.

\_\_\_\_\_. Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A Literature Review. **J Sex Med**. [s.l.], p. 4-13. 2007.

\_\_\_\_\_. The role of physiotherapy in sexual health: Is it evidence-based? **Journal Of The Association Of Chartered Physiotherapists In Women's Health**. [s.l.], p. 1-5. abr. 2006.

\_\_\_\_\_. Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. **Journal Of Sex & Marital Therapy**. Inglaterra, p. 329-340. 2005.

WURN, Lawrence J. et al. Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique. **Medscape General Medicine**, [s.l.], 2004.

VALADARES, Ana L. R. et al. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: A population based house hold survey. **Clinics**, [s.l.], p.775-782, 2008.