

---

## MÉTODOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

---

Danny Kelly Rodrigues da Silva Santos<sup>1</sup>; Anderson Massaro Fujioka<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Faculdade Estácio de Sá- Goiânia-Goiás.

- Correspondência ao autor: Anderson Massaro Fujioka. Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do Curso de Fisioterapia. Endereço: Av. Goiás, 2151- St. Central, Goiânia- GO, 74063-010.

Email: Anderson.fujioka@live.estacio.br

*Resumo: A disfunção sexual feminina é um problema multidimensional, que pode ser definido como uma síndrome clínica, podendo apresentar de uma forma transitória ou permanente. Caracterizado por queixas e sintomas sexuais, o que acaba levando a um bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica. Objetivo deste estudo e descrever os prejuízos causados pela disfunção sexual feminina e identificar as técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento dessa patologia. O estudo tem por finalidade realizar uma revisão bibliográfica, selecionados 60 artigos, após leitura, foram considerados 43 artigos datados de 2004 a 2017, sendo realizadas buscas nos seguintes bancos de dados: Scielo, Pubmed, Bireme, Lilacs e Google acadêmico, no período de fevereiro de 2018 a setembro de 2018. Neta revisão pode-se concluir que a fisioterapia uroginecológica é um recurso terapêutico que tem como papel importante ao tratamento a saúde da mulher, que tem como objetivo em promover o fortalecimento do assoalho pélvico, auxiliando o tratamento das disfunções sexuais femininas sendo conhecida como um problema multidimensional. A fisioterapia conta diversos métodos, cinesioterapia, ginástica hipopressiva, eletroestimulação, biofeedback, e cones vaginais. Sendo utilizados de forma individual ou até mesmo associados, o que promove uma redução do quadro algico e aumento da força muscular do assoalho pélvico reestabelecendo a função sexual feminina.*

*Palavras-chaves: disfunção sexual, cinesioterapia, ginástica hipopressiva, eletroestimulação, biofeedback, cones vaginais.*

## INTRODUÇÃO

A disfunção sexual é um problema multidimensional, que pode ser definido como uma síndrome clínica, podendo apresentar de forma transitória ou permanente. É caracterizada pela descrição de queixas ou sintomas sexuais, havendo uma resultante na insatisfação sexual, com esse efeito acaba ocorrendo tanto um bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica, evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo (MOREIRA, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a disfunção sexual é classificada como problema de saúde pública, o que acaba interferindo diretamente na qualidade de vida da mulher, a qual pode ser afetada, em curto e longo prazo, trazendo uma série de fatores, como problemas psicológicos, isolamento social, ocupacional, uma baixa autoestima, o que acaba diminuindo o contato com companheiro (AVEIRO, GARCIA, 2009; OCCHINO et al., 2011).

Segundo Cavalcanti et al., (2014) o ciclo da resposta sexual humana é compreendido por fases (desejo, excitação, orgasmo e resolução), a fase de desejo e excitação é entendida por estímulos internos, através de sonhos eróticos, memórias até mesmo por estímulos externos de sinais táteis, olfativo, gustativo e visuais. Desta forma se o estímulo permanece adequado a excitação atinge o auge, o corpo passa por alterações ocorrendo mudanças, tais como aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória (GRAZIOTTIN; GAMBINI 2015). Já a fase do orgasmo é caracterizada por contrações reflexas e rítmicas dos músculos perivaginais e perineais que envolvem o terço externo da vagina. É importante ressaltar que a intensidade e quantidade das contrações interagem de forma direta na qualidade do estímulo sexual, desta forma entende-se que um assoalho pélvico saudável está associado não só na melhora da excitação, assim como no orgasmo (GRAZIOTTIN; GAMBINI 2015).

Mendonça et al., (2012) relata a fase de resolução como um retorno lento do fluxo sanguíneo, o marco dessa fase ocorre a sensação de bem estar geral e o relaxamento. Desta forma quando apresentada

uma ou mais dessas alterações no ciclo da resposta sexual, ocorre então o surgimento dessa disfunção.

Os principais problemas de disfunção sexual feminina são a dispareunia, ou seja, dores no momento da relação sexual, anorgasmia evidenciada pela ausência do orgasmo, o vaginismo, que é a dificuldade de relaxamento da musculatura vaginal no ato da relação e quando há a diminuição da lubrificação vaginal. O tratamento deve ser realizado independentemente da causa do problema apresentado, podendo ser tanto a nível vaginal, pela flacidez desta musculatura, ou do clitóris, atrofia muscular ou até mesmo por uma atenuação circulatória dessa região (ARIBI et al., 2012; JAMALI, MOSALANEJAD, 2013; AHMED et al., 2014).

Em 2004 através de estudos constatou uma prevalência de 64% de mulheres com disfunção de desejo, já 35% apresentou disfunção orgásmica e outras 31%, retratou transtorno na excitação e as demais (26%) apresentava dispareunia. Nesse mesmo ano, foi realizada uma avaliação no Brasil com 1.219 mulheres, a avaliação tinha como objetivo identificar os distúrbios apresentados, sendo apontado que pelo menos 49% delas apresentavam no mínimo uma disfunção sexual, as outras 26,7% apontavam distúrbio de desejo, 23% dispareunia e 21% disfunção do orgasmo (ANTANIOLI, SIMÕES, 2010).

A falta de conhecimento e desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual humana, medicamentos, condições uroginecológicas patológicas, problemas de desordem pessoal, e até mesmo conflitos conjugais, são fatores relevantes para o surgimento de problemas emocionais em mulheres, o que conseqüentemente resulta em uma disfunção sexual (PINHEIRO, 2009; MOREIRA, 2013).

O que mais ocorre é a falta de iniciativa da própria mulher em relatar sobre seu incômodo a respeito da sexualidade. Talvez por não ocorrer um diálogo do próprio ginecologista com a paciente a respeito da função sexual. Esta patologia feminina é um problema de saúde pública a qual afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres (BAGHERZADEH et al., 2010). Mesmo que haja uma prevalência em ocorrências desta disfunção, grande parte destas mulheres não procuram ajuda médica por sentir vergonha, medo e grande parte

delas por desconhecer o tratamento (LUCAS et al., 2010).

Hoje a fisioterapia vem obtendo cada vez mais espaço no tratamento, podendo ser uma alternativa para terapia dessas disfunções, o recurso tem como objetivo obter uma melhora no que diz respeito a saúde sexual feminina, proporcionando melhora da imagem corporal, autoconfiança proporcionando ainda uma qualidade de vida satisfatória (MENDONÇA et al., 2011).

Os objetivos do estudo são descrever os prejuízos causados pela disfunção sexual feminina e identificar as técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento dessa patologia, demonstrando a fisioterapia como tratamento eficaz.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo tem o objetivo em realizar uma revisão bibliográfica, sendo selecionados e analisados 60 artigos científicos, e destes após analisados foram considerados 43 artigos datados de 2004 a 2017, sendo realizadas buscas nos seguintes bancos de dados: Scielo, Pubmed, Bireme, Lilacs e Google acadêmico, no período de Fevereiro de 2018 a Setembro de 2018. Utilizando-se dos seguintes descritores para pesquisa, na língua portuguesa e inglesa: Disfunção sexual. Cinesioterapia. Ginástica Hipopressiva. Eletroestimulação. Biofeedback. Cones Vaginais. Os critérios para seleção foram artigos que mensuravam a disfunção sexual feminina, causas e sintomas, epidemiologia, qualidade de vida e tratamento fisioterápico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A disfunção sexual feminina (DSF) é definida como uma dificuldade da mulher em realizar uma ou mais fases da resposta sexual, podendo ser de maneira persistente e recorrente, o que de certa forma leva ao sofrimento pessoal interferindo diretamente a qualidade de vida da mulher (BARACHO, 2014).

A incapacidade em obter a satisfação sexual leva à negação do próprio corpo, ocasionando assim a diminuição de contato com o parceiro, o que consequentemente leva ao isolamento social, altos níveis de estresse, depressão, alteração da própria imagem corporal, baixa autoestima, além da redução da relação com o seu parceiro (FRANCESCHET et

al., 2009). Quando apresentada a soma de quaisquer desses transtornos, acaba afetando uma das fases da resposta sexual, (desejo, excitação, orgasmo e resolução), podendo acarretar o surgimento desta disfunção (JAMALI, MOSALANEJAD, 2013).

Através de estudos encontrados estima-se que a prevalência da disfunção sexual em nível mundial vem aumentando cada vez mais. Supõem que pelo menos 25% a 63% da população apresenta algum tipo de problema que seja ligado à sexualidade, visto que mulheres tem maior prevalência, chegando a estimativa entre 40% a 45% (RIBEIRO, MAGALHAES, 2013).

As causas das disfunções sexuais femininas são diversas, podendo ser desde problemas anatômicos, psicológicos, socioculturais, ou até mesmo por causa desconhecida. Existem apontamentos descritos na literatura, que a principal causa seria idade acima de 44 anos, devido a uma baixa de estrogênio pelo surgimento da menopausa, ou até mesmo por cirurgias vaginais ou baixa percepção da qualidade de vida. Também existe associação ao desuso da musculatura perineal, que seria uma das causas que influenciam a disfunção sexual (PIASSAROLI et al., 2010).

A musculatura do assoalho pélvico tem grande importância no que diz respeito a funcionalidade e função da sexualidade feminina. É importante que essa musculatura do assoalho pélvico mantenha uma boa funcionalidade, para isso o tratamento fisioterapêutico tem sido um dos recursos utilizados para tratamento dessas disfunções. O método conta com a melhoria da musculatura pélvica além do aumento da vascularização dessa região, proporcionando uma satisfação na sua vida sexual (MAGNO et al., 2011; MENDONÇA, AMARAL, 2011).

Hoje a fisioterapia uroginecológica tem uma maior inclusão no tratamento destas disfunções, que conta com técnicas por meio de cinesioterapia, ginástica hipopressiva, eletroestimulação, biofeedback e cones vaginais, a qual vem mostrando resultados surpreendentes, além dos recursos serem de baixo custo, ainda contam com simplicidade de aplicação. Vale ainda ressaltar que para a realização do tratamento é necessário o conhecimento de causa, seguindo com o objetivo terapêutico proposto

(ANTONIOLI, SIMÕES, 2010).

## CINESIOTERAPIA DO ASSOALHO PÉLVICO

A cinesioterapia, também conhecida como treinamento da musculatura do assoalho pélvico ou exercícios de Kegel, tem o propósito de trabalhar a musculatura perineal com objetivo de tratar a hipotonia do assoalho pélvico. Quando realizado o fortalecimento dessa musculatura, ocorre uma melhoria, promovendo uma sustentação dos órgãos pélvicos, juntamente com o ganho da conscientização e a propriocepção da musculatura da região perineal que estão sendo ativadas. O recurso quando utilizado é capaz de promover à mulher um aumento na sua excitação, melhorando seu desempenho sexual (PIASSAROLLI et al., 2010).

Os exercícios cinesioterapêuticos, consistem em realizar contrações voluntárias da musculatura do assoalho pélvico, de forma a aumentar a força muscular da região pélvica. Sua vantagem é por não possuir nenhuma contra indicação, podendo ser realizado em grupo ou individual, sendo um método utilizado com objetivo em promover aumento de força muscular, além de trabalhar a coordenação motora dos movimentos e da resistência muscular (SILVA, 2011).

Korelo et al., (2011) relata que a fisioterapia aplicada com o recurso da cinesioterapia ainda pode contar com recursos auxiliares, promovendo o controle dessa musculatura além de realizar o relaxamento de forma voluntária. Desta forma pode ser identificado que com o uso da cinesioterapia é possível restabelecer um reforço da sustentação dos órgãos pélvicos, o que leva a um maior benefício em relação à disfunção (OLIVEIRA, GARCIA, 2011).

Já em relação à realização dos exercícios perineais (SILVA, 2011) alega que no ato do exercício é necessário que a paciente encontre-se com a bexiga inteiramente vazia, sendo assim será solicitado a contração dos músculos pélvicos durante um período de 10 segundos e logo em seguida será instruída a relaxar os músculos de forma completa, esse exercício é realizado durante três vezes ao dia, com séries de 10 repetições.

Silva (2011), complementa ainda que a fisioterapia tem como objetivo realizar o tratamento

de uma forma preventiva em relação à reabilitação, promovendo uma melhora da função de grupos musculares da região pélvica. Quando essa estrutura é alterada, origina-se o enfraquecimento dessa região, provocando o surgimento da disfunção sexual. Por isso é importante que a paciente tenha autoconhecimento em relação ao funcionamento do seu corpo, de forma a prevenir o surgimento de tal problema.

A realização da contração de um grupo muscular é muito complexa, já que nesse tipo de exercício os músculos que estão sendo ativados não conseguem ser visualizados quando recrutados, portanto, é necessário que a mulher seja orientada sobre o funcionamento anatômico da região pélvica, para que seja realizado o exercício fisioterapêutico de forma positiva, assim aponta Piassarolli et al., (2010).

Estudos realizados por Antonioli e Simões, (2010) apontaram a anorgasmia como a ausência de orgasmo, podendo ser recorrente e persistente, e mesmo a mulher tendo interesse na atividade sexual, pode ter dificuldade em atingir o orgasmo. O tratamento para essa disfunção conta com associação de técnicas, como o uso da cinesioterapia, biofeedback e a eletroestimulação.

Através de um estudo foram avaliadas 32 mulheres com o objetivo de analisar a função do assoalho pélvico, as mulheres selecionadas passaram por protocolos de exercícios perineais sendo aplicado durante uma vez por semana em consultório, foram instruídas a realizar o mesmo exercício só que desta vez em casa, uma vez ao dia. No final do tratamento as pacientes que foram submetidas aos exercícios perineais conseguiram atingir o orgasmo, podendo ser comprovado que o uso da cinesioterapia é um método eficaz ao tratamento dessa disfunção (GOUVEIA et al., 2015).

Piassarolli et al., (2010) relata que uma forma de melhorar a consciência dos músculos do assoalho pélvico, é solicitar que a mulher posicione os dedos sobre o centro tendíneo do períneo, de forma que seja realizado uma contração seguida de um relaxamento dessa musculatura. Fluckiger (2014), relata que a partir do momento em que tem o aprendizado da ativação da musculatura pélvica, a mulher passa a obter um maior controle de sua musculatura vaginal,

o que de certa forma são benéficas, se tornando essenciais para o prazer sexual da mulher e do homem, desta forma a paciente começa a descobrir os movimentos, a intensidade e velocidade que mais levam ao prazer.

## GINÁSTICA HIPOPRESSIVA

A Ginástica Hipopressiva consiste em uma técnica criada por pesquisadores franceses na década de 1980 e que aos poucos vem ganhando espaço nos tratamentos uroginecológicos. O tratamento das disfunções do assoalho pélvico tem como objetivo melhorar propriocepção dessa região (SELEME et al., 2009).

O recurso da ginástica hipopressiva consiste em uma soma de exercícios associados a posturas e movimentos respiratórios que quando realizados promovem diminuição da pressão intra-abdominal, com isso ocorre ativação de forma sinérgica da musculatura pélvica e dos músculos abdominais, em especial na região do transverso. Quando recrutada essa musculatura, podemos co-ativar a musculatura do assoalho pélvico (LATORRE et al., 2011).

O método conta com a aplicação de exercícios em diversas fases, a primeira sendo a fase de inspiração diafragmática, posteriormente o de expiração completa seguida de uma aspiração diafragmática, nesta fase ocorre o surgimento de contrações dos músculos abdominais profundos, além da ativação dos intercostais contamos ainda com a elevação das cúpulas diafragmáticas. Há relatos de que quando realizada a aspiração diafragmática ocorra o surgimento da pressão negativa na cavidade abdominal, o que gera ativação dessa musculatura de forma a proporcionar um melhor aprendizado e o recrutamento muscular (PALMA, 2009; COSTA, 2011).

Palma (2009) ainda corrobora que o uso da ginástica hipopressiva é reconhecida por ser um método de tratamento menos invasivo, que trabalha de forma postural ativando a região da musculatura abdominal. O que proporciona um aumento da pressão abdominal levando a uma ação sinérgica dos músculos pélvicos, em especial o transverso do abdome, o que ocorre é que a partir do momento em que essa musculatura é ativada, começa a ser

estimulada a região perineal. Está atividade quando realizada em longo prazo consegue promover um aumento do tônus da musculatura pélvica. (LATORRE et al., 2011) complementa que o tratamento com uso da ginástica hipopressiva tem como objetivo realizar a contração de músculos da região abdominal, quando realizado o exercício ocorrerá uma elevação dos órgãos pélvicos que serão ativados indo em direção do diafragma respiratório, o que irá levar a uma contração reflexa desses músculos. (PRICE et al., 2010) menciona que a contração sendo realizada de forma involuntária é uma forma de realizar o treinamento desses músculos pélvicos, isso ocorre devido estes músculos serem treinados de uma forma indireta, devido à contração do transverso do abdome.

Seleme et al., (2009) através de estudos realizados mostra que o uso desse procedimento tem um maior efeito quando trabalhado com a paciente em decúbito ventral, uma que a mesma estratégia foi aplicada em decúbito dorsal e não obteve uma resposta tão significativa. Deste modo, Latorre et al., (2011) confirma que o uso da ginástica hipopressiva acaba sendo um complemento para recrutar a musculatura pélvica, que acaba auxiliando as pacientes a obter uma consciência, aumentando a contração perineal.

Foi realizado por Rial et al., (2015) uma pesquisa com 197 mulheres o estudo pode demonstrar que pacientes que apresentavam sintomas de incontinência urinária apresentou melhora com o uso da ginástica hipopressiva. O estudo foi dividido em três grupos; um de ginástica hipopressiva realizada uma vez por semana durante 30 minutos; outro sendo realizado só que duas vezes por semana de 12 e 30 minutos, e um grupo controle o que não realizou os exercícios. Todas as participantes foram acompanhadas por 12 semanas, e no final pôde ser verificado que não houve diferença entre os grupos de ginásticas hipopressiva, já o grupo controle foi o único grupo que não apresentou resultados diante da patologia apresentada.

Seleme et al., (2009) complementa que a utilização da ginástica hipopressiva, acrescida dos exercícios realizados para o treino da musculatura do assoalho pélvico, tem o objetivo promover o fortalecimento abdominal e perineal. Sua finalidade é proporcionar um ganho de consciência corporal,

diretamente com a contração perineal. Para que alcance resultados positivos seria necessário a aplicação em no mínimo três meses.

Já Scarpelini et al., (2014), em seu estudo demonstrou que o uso da ginástica hipopressiva mesmo sendo realizada em menor número de sessões, ainda consegue apresentar bons resultados no quadro do paciente. O que foi demonstrado em um estudo onde realizou 10 sessões em mulheres e obteve um avanço significativo da força muscular.

## ELETROESTIMULAÇÃO

A eletroestimulação trata-se de um método que consiste em um dispositivo elétrico o qual é colocado de forma intravaginal, intra-anal ou de superfície, o dispositivo é capaz de produzir estímulos elétricos em frequência de 10hz e 50 hz no nervo pudendo, dessa forma proporciona um aumento da pressão intrauretral, através da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral, o que irá promover um aumento do fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e do pavimento pélvico, o que certa forma irá reestabelecer conexões neuromusculares, levando a uma melhora da função da fibra muscular e modificando o padrão de ação pelo aumento das fibras musculares rápidas (LUZ, 2009).

Araujo et al., (2009) demonstra que o uso da eletroestimulação promove a liberação de estímulos elétricos no nervo pudendo, agindo de forma a induzir a contração passiva dos músculos do assoalho pélvico, o que levara a uma melhora na funcionalidade, conscientização perineal e reforço muscular favorecendo os estímulos sexuais, ocasionando uma maior lubrificação vaginal, melhora do desejo ou excitação sexual e aumento na atividade orgástica.

Antaniolo e Simões, (2010) constatam que a eletroestimulação é utilizada por ser tratar de um método eficaz para proporcionar a conscientização do assoalho pélvico afim de realizar um reforço muscular da região pélvica. Esse método apresenta vantagem por não oferecer efeitos colaterais quando comparado ao recurso medicamentoso, o tratamento apesar de vantajoso apresenta alguns problemas, em relação ao desconforto e irritação no local.

Desta forma a técnica tem como objetivo proporcionar a contração passiva da musculatura perineal, promovendo à paciente uma melhor conscientização dessa musculatura, principalmente naquelas que apresentam dificuldades em identificá-la. Pode ser aplicada por meio de eletrodos endovaginais conectados a um gerador de impulsos elétricos, promovendo a contração de períneo (LUZ, 2009).

Scaldazza et al., (2017) utilizaram o método da eletroestimulação para o tratamento em mulheres com a presença de bexiga hiperativa. Concluíram que a utilização do recurso proporcionou uma redução do número de micções diárias, o que comprovou melhora da qualidade de vida da individua. A eletroestimulação é capaz de liberar estímulos elétricos na região do nervo pudendo, o que irá induzir a contração passiva dos músculos do assoalho pélvico, beneficiando a paciente com uma melhora na funcionalidade, conscientização perineal e reforço muscular (ARAÚJO et al., 2009).

No que diz respeito a dispareunia, caracterizada pela dor durante o ato sexual, um estudo realizado por Dionisi e Senatori (2011), com 45 mulheres apresentando dispareunia no pós-parto, foram submetidas ao tratamento por eletroestimulação intravaginal, o método era realizada uma vez por semana com duração de 30 minutos, além da eletroestimulação foi associado a cinesioterapia com objetivo em realizar o treino da musculatura do assoalho pélvico, a orientação era realizar a contração e relaxamento perineal diariamente em casa, durante 15 minutos pela manhã e 10 minutos a noite, esse exercício sendo aplicado durante um período de 5 semanas.

## BIOFEEDBACK

O Biofeedback na reabilitação do assoalho pélvico foi introduzido por Kegel em 1948, é um método que tem por objetivo realizar a reeducação da pelve, sendo constituído de um dispositivo capaz de avaliar a realização de contrações voluntárias exercidas pelo assoalho pélvico, é introduzido uma sonda intra vaginal inflável e após insuflada a paciente realiza uma contração, que será visualizada e graduada no visor do aparelho. Essa informação

é utilizada para que através de estímulo auditivo ou visual a paciente melhore a ação de contração e conscientização da musculatura do assoalho pélvico (DELGADO et al., 2014).

O uso do biofeedback conta com uma avaliação, onde a paciente vai ser posicionada em posição supino, com os membros inferiores fletidos e abduzidos. A partir daí é introduzida uma sonda no canal vaginal, a qual vai ser inflada após ser colocada. Quando a sonda estiver totalmente inflada, será solicitado à paciente que realize uma contração máxima, nesse momento as informações sobre as contrações são rastreadas e processadas por computador, podendo ser visualizada e graduada em milímetros de mercúrio (mmHg). O resultado dessa contração é apresentado em forma de gráficos e sinais sonoros que conseguem demonstrar a força, o tempo e o tipo de contração realizada. Mulheres com pressão vaginal inferior a 30 mmHg apresentam disfunção sexual (LUZ et al, 2009; ANTONIOLI e SIMÕES, 2010).

Através de uma pesquisa, Fitz et al., (2012), utilizou protocolo de exercícios de Kegel juntamente ao uso do biofeedback, onde pode ser constatado uma melhora não só da função da musculatura pélvica, mas também na qualidade de vida das participantes.

A utilização do método biofeedback, agregado ao uso da estimulação elétrica dos cones vaginais no tratamento das mulheres que não conseguem realizar a contração da musculatura do assoalho pélvico, sendo trabalhada de forma precisa e eficaz (PRINCE et al., 2010).

A partir do momento em que ocorre a percepção da ação dos músculos pélvicos, a paciente começa a ter o controle dessa região, o que gera ganho de fortalecimento de músculos agonistas e antagonistas. Estudos realizados podem atestar que houve uma melhora de 82% de mulheres que apresentavam algum tipo de disfunção em relação ao assoalho pélvico, fato relatado por Lopes e Praca, (2012).

Em estudo realizado por Delgado et al, (2014) pode ser demonstrado que o uso do biofeedback auxilia as pacientes a obter o desenvolvimento e uma maior propriocepção do controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico.

## CONES VAGINAIS

O tratamento é realizado com uso de cones vaginais intracavitário, compostos por um conjunto de cinco pesos diferentes, variando aproximadamente de 20 a 70 gramas. Os cones vaginais têm como objetivo promover aumento de força e resistência por meio de recrutamento da musculatura pubiococcígea e auxiliar na maior conscientização perineal (LUZ, 2009; ANTOLIOLI e SIMÕES, 2010).

Para que seja realizado o tratamento, é necessário a avaliação da paciente de forma a identificar qual cone a mesma consegue reter na vagina durante um minuto, sendo realizada uma contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico, de forma ativa e até mesmo passiva (SANTOS et al., 2009).

Santos et al., (2009) relata que a utilização do cone passivo refere à musculatura do assoalho pélvico em repouso. Dessa forma na fase passiva são recrutadas fibras musculares do tipo I, conhecida por apresentar característica lenta, necessariamente nesse momento o cone tende a sair da vagina, proporcionando a contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico, de qual objetivo é manter o cone em sua posição original.

Santos et al., (2009) complementa ainda que os cones vaginais representam uma forma simples e prática de distinguir e fortalecer os músculos do assoalho pélvico. Através dos princípios do biofeedback, o que em pesquisas desenvolvidas podem demonstrar que as pacientes obtiveram uma oportunidade de aprender a contrair os músculos do assoalho pélvico através da retenção de cones vaginais. Os cones vão aumentando de ordem crescente o seu peso, ressaltando que a vantagem da utilização deles é permitir uma identificação da força contrátil do pavimento pélvico. Os exercícios contra certa resistência, com o uso dos pesos, irão favorecer a contração do pavimento pélvico de forma dinâmica durante variações da pressão abdominal como tossir, espirrar, andar assim como relatado por (OLIVEIRA e GARCIA, 2011).

Estudos destacam que o cone vaginal deve ser introduzido na paciente, sendo solicitado que a mesma comece a deambular. Este procedimento tem como propósito que o cone fique retido por

pelo menos um minuto, devendo passar para o cone seguinte, com o objetivo de trabalhar com cones mais pesados, permanecendo retido por um minuto, pra que seja identificado qual será utilizado no início do tratamento. Ressaltando que este último cone dever ser introduzido por pelo menos duas vezes ao dia, podendo ser realizado durante uma caminhada ou até mesmo nas atividades realizadas no dia a dia, desde que não sejam ultrapassados 15 minutos diários pra que não se torne cansativo, devendo ser feito por no máximo um mês. Dreher et al., (2009) apresenta em seu relato de caso resultados satisfatórios, no que diz respeito ao ganho de força muscular do assoalho pélvico, durante um período de oito semanas em atendimento realizado domiciliar (LUZ 2009).

Pinheiro (2009) complementa ainda que a partir do momento em que os cones são introduzidos na vagina, o exercício de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico já pode ser iniciado. Dessa forma o recurso utilizado para tratamento de vaginismo ainda traz grandes benefícios a paciente, de forma que a mesma consiga melhorar a sensibilidade a penetração durante o ato sexual, o que permite um controle e relaxamento dessa musculatura.

Quando realizado a associação dos métodos; cones vaginais, eletroestimulação e o biofeedback possibilita-se de uma forma complementar dentro dos exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico. As técnicas devem ser aplicadas de uma forma alternada dentro das sessões, como apontado por (CASTRO et al., 2010).

Silva e Oliva et al., (2011) corrobora que a utilização do método de Kegel associado ao uso de cones vaginais tem uma grande contribuição no que diz respeito ao fortalecimento da musculatura do diafragma pélvico, com esse fortalecimento a paciente consegue uma reeducação perineal, trazendo benefícios principalmente mulheres que apresentam queixas de incontinência urinária.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a fisioterapia Uroginecológica é um recurso terapêutico que vem ganhando um papel muito importante ao tratamento relacionado a saúde da mulher, com objetivo promover o fortalecimento do assoalho pélvico,

auxiliando no tratamento das disfunções sexuais, reconhecidas como um problema multidimensional. Visto que tal problema atinge grande parte das mulheres, aponta-se que pelo menos 49% delas apresentavam alguma disfunção sexual, em 26,7% apontavam distúrbio do desejo, 23% dispaurenia e em 21% disfunção do orgasmo. Desta forma o recurso terapêutico tem proporcionando à mulher durante o tratamento uma melhora na qualidade de vida, promovendo uma melhoria na sua autoestima, garantindo a segurança sobre a sua sexualidade, o que leva a um avanço não só em sua vida sexual, assim como na de seu parceiro.

A fisioterapia conta com recursos significativos e de baixo custo, sendo uma opção viável por apresentar muitas perspectivas, contando com diversos métodos, como a cinesioterapia, ginástica hipopressiva, eletroestimulação, biofeedback e uso de cones vaginais, o que através de leitura apresentou eficácia com resultados positivos. O tratamento por meio dos recursos pode ser utilizado de maneira individual dependendo da disfunção a ser tratada, ou ainda ser associado a outros demais métodos, o que de acordo com o analisado demonstrou uma maior eficácia quando utilizados de forma agrupada, promovendo uma redução no quadro algico e aumentando a força muscular do assoalho pélvico de forma a reestabelecer a função sexual feminina.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AHMED, M.R., MADNY, E.H., AHMED, W.A.S. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among egyptian women. *J Obstet Gynaecol.* v. 40, n. 4, p. 9 -1023, acessado em outubro de 2018.

ANTANIOLI, R.S., SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista Neurociências.* v. 18, n. 2, p. 267-74, 2010.

ARAÚJO, E. E., BERTAGGIA, M.T., SILVA, J. C. Fortalecimento do assoalho pélvico com exercícios de Kegel na incontinência urinária. *Revista do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium.* Araçatuba, 2009.

ARIBI, L., BEN HOUIDI, A. MASMOUDI. R., CHAABANE, K., GUERMAZI. M., AMAMI,



O. Female sexuality during pregnancy and postpartum: a study of 80 Tunisian women. *Tunis Med.* v. 90, n. 12, p. 7 – 873, acessado em outubro de 2018.

AVEIRO, M.C., GARCIA, A., PU, D.P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. *Fisioterapia Pesquisa.* v. 16, n. 3, p. 279-283, 2009.

BAGHERZADEH, R., ZAHMATKESHAN, N., GHARIB, T., AKABERIAN, MIRZAEI, K., KAMALI, F. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehr women of Iran. *Sex Dis.* v. 28, n. 1, p. 39-49, 2010.

BARACHO E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CASTRO, A.P., PEREIRA, V.S., SERRÃO, P.R.M.S., DRIUSSO, P. Eficácia do biofeedback para o tratamento da incontinência urinária de esforço: uma revisão sistemática. *Sci Med.* v. 20, n. 3, p. 63 - 257, 2010.

CAVALCANTI, I.F., FARIAS, P.N., ITHAMAR, L., SILVA, V.M., LEMOS, A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia.* v. 36, n. 11, p. 497-502, 2014.

COSTA, T.F., RESENDE, M.R., SELEME, M.R. Ginástica hipopressiva como recurso proprioceptivo para os músculos do assoalho pélvico de mulheres incontinentes. *Fisioterapia Brasileira.* v. 12, n. 15, p. 365-369, set/out, 2011.

DELGADO, A.M, FERREIRA, I.S.V., SOUSA, M.A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Catussaba.* v. 4, n. 1, p. 47-56, 2014.

DIONISI, B., SENATORI, R. Efeito da estimulação elétrica transcutânea do nervo no tratamento da dispareunia pós-parto. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research.* v. 37, n. 7, p.

750-753, 2011.

DREHER, D.Z., 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.

FITZ, F.F., RESENDE, A.P.M., STUPP, L., COSTA, T.F., SANTORINI, F.M.G., GIRAO, C..J.B.M., CASTRO, A.R. Efeito da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 2012.

FLUCKIGER, K. Mulher e orgasmo. Disponível em: [http://www.escelsanet.com.br/sitesaude/artigos\\_cadastrados/artigo.asp?art=732](http://www.escelsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=732). Acessado em outubro de 2018.

FRANCESCHET, J., SACOMORI, C.C., FERNANDO, L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* v. 13, n. 5, p. 9 - 383, 2009.

GOUVEIA, P.F., SILVA, I., HAIDDAR, A.M., AMBRAGINI, C.C. Comparação entre exercícios perineais e exercícios sexuais como método de tratamento fisioterapêutico na disfunção orgásmica feminina. *Revista Brasileira Medica.* v. 72, n. 11, 2015.

GRAZIOTTIN, A., GAMBINI, D. Anatomy and physiology of genital organs-women. In: *Neurology of sexual and bladder disorders.* Milian: [s.n] .v.130, p. 39-60, 2015.

JAMALI, S., MOSALANEJAD, L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Irã J Med Reprod.* v. 11, n. 6, p. 86 - 479, 2013, acessado em outubro de 2018.

KAMALI, F., MIRZAEI, K., AKABERIAN, S., GHARIBI, T., ZAHMATKESHAN, N., BAGHERZADEH, R. Prevalence of female sexual

dysfunction and related factors for under treatment in Bushehrian women of Iran. *Sex Dis.* v. 28, n. 1, p. 39 - 49, 2010.

KORELO, G.R.I., GRUBER, R.C., NAGATA, S.A., KUHNEN, Y.E., DUTRA, E., SANTOS, N.F.E., XAVIER, D.M., OLIVEIRA, D.P., ANTOCHECEN, T. Atuação da fisioterapia na síndrome do assoalho pélvico-vulvodínia e vaginismo - uma revisão da literatura. *Revista Fisioterapia em Evidência.* 2011.

LATORRE, G.F.S., SELEME, M.R., Resende, A.P.M., STUPP, L., BERGHMANS, B. Hipopressive gymnastics: evidences for an alternative training for women with local proprioceptive deficit of the pelvic floor muscles. *Fisioterapia Brasileira.* v. 12, n. 6, p. 463 - 466, 2011.

LOPES, D.B.M., PRACA, N.S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. *Revista Escola de Enfermagem. São Paulo.* v. 46, n. 3, p. 559-564, 2012.

LUCAS, C.O., OLIVEIRA, C.M., MONTEIRO, M.I.A. Perturbação do desejo sexual hipotativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Mudanças Psicologia da Saúde.* v. 17, n. 2, p. 101-112, 2010.

LUZ, J.A.A. Fisioterapia na Disfunção Sexual Feminina. Barcarena, Universidade Atlântica, 2009.

MAGNO, L.D.P., FONTES-PEREIRA, A.J., NUNES, E.F.C. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. *Revista Pan-Amazônica de Saúde.* v. 2, n. 4, p. 39-46, 2011.

MENDONÇA, C.R., AMARAL, W.N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas-Revisão de literatura. *Femina.* v. 39, n. 3, 2011.

MENDONÇA, C.R., ARRUDAI, J.T., ZAPATA, M.T.A.G., AMARAL, W.N. Função sexual feminina aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnósticos e tratamento; female sexual

function normal and pathological aspects, prevalence in Brazil, diagnosis and treatment. *Femina,* v.40, 2012.

MOREIRA, R.L.B.D. Vaginismo. *Revista de Medicina de Minas Gerais.* v. 23, n. 3, p. 42 - 336, 2013.

OCCHINO, J.A., TRABUCO, E.C., HEISLER, C.A., KLINGELE, C.J., GEBHART, J.B. Validation of a visual analog scale form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual function questionnaire. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* v. 17, n. 5, p. 8 - 246, 2011.

OLIVEIRA, J.R., GARCIA, R.R. Cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 343 - 351, 2011.

PALMA, P.C.R. UROFISIOTERAPIA: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais do assoalho pélvico. Campinas. Personal Link Comunicações, 2009.

PIASSAROLI, V.P., HARDY, E., ANDRADE, N.F., FERREIRA, N.O., OSIS, M.J. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* v. 32, n. 5, p. 40 - 234, 2010.

PINHEIRO, M.A.O. O casal com vaginismo: um olhar Gestalt-terapia. *Revista IGT Rede.* v. 6, n. 10, p. 91-143, 2009.

PRICE, N., DAWOOD, R., JACKSON, S.R. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas Elsevier.* v. 67, n. 4, p. 15 - 309, 2010.

RIAL, T., CHULVI-MEDRANO, I., CORTELL TORM, J.M., ÁLVAREZ SÁEZ, M. ¿Puede un programa de ejercicio basado en técnicas hipopresivas mejorar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer? *Revista Española Sobre.* v. 11, n. 2, p. 27 - 32, 2015.

RIBEIRO, B., MAGALHAES, A.T.M. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam.* v. 29, n. 1, p. 16 - 24, 2013.

SANTOS, P.F.D., OLIVEIRA, E., ZANETTI, D.MR., ARRUDA, R.M., SANTORI, F.G.M., SANTORI, F.G.M., CASTRO, R.A. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* Rio de Janeiro. v. 31, n. 9, p. 82 - 91, 2009.

SCALDAZZA, C.V., MORESETTI, C., GIAMPIERETTI, R., LORENZETTI, R., BARONI, M. Percutaneous tibial nerve stimulation versus electrical stimulation with pelvic floor muscle training for overactive bladder syndrome in women: results of a randomized controlled study. *Int Braz J Urol.* 2017.

SCARPELINI, P., FREITAS, O. A., SILVA, C.G., HADDAD, S.A.C. Protocolo de ginástica hipopressiva no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia: relato de caso. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.* v. 11, n. 23, p. 90-95, 2014.

SELEME, M.R., BERTOTTO, A., RIBEIRO, V.W. Exercícios hipopressivos. In: Palma P. *Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico.* Personal link. p. 295 - 307, 2009.

SILVA, A.M.N., OLIVA, L.M.P. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Sci Med.* v. 21, n. 4, 2011.

SILVA, C.R. *Cinesioterapia do Assoalho Pélvico: Abordagem fisioterapêutica na Incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas.* São Paulo: Phorte, 2011.