

Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas

Physical therapeutic approach of female sexual dysfunctions

Reny de Souza Antonioli¹, Danyelle Simões²

RESUMO

As disfunções sexuais constituem um problema que afeta a qualidade de vida de muitas mulheres. Dentre elas destacamos a dor pélvica crônica, a anorgasmia secundária, o vaginismo e a dispareunia como as principais manifestações anormais mais comumente encontradas. É importante ressaltar que a incidência das disfunções é difícil de ser determinada visto que muitas mulheres não procuram atendimento. Em contrapartida, as que se mobilizam e vão a uma consulta, têm encontrado poucas opções de tratamento, não incentivando as que não buscam. Com isso, a fisioterapia começa a despontar como uma nova alternativa para amenizar o problema. Assim, o objetivo desse artigo é descrever as principais alternativas fisioterapêuticas que visam minimizar as disfunções sexuais mais encontradas nas mulheres. Para tal, foi realizada uma revisão da literatura incluindo livros, periódicos, impressos e eletrônicos de 1993 a 2008 para embasamento do artigo. Observou-se que a fisioterapia constitui uma opção viável e que, juntamente com as outras opções terapêuticas pode auxiliar no restabelecimento de uma vida sexual saudável das mulheres afetadas.

Unitermos. Vida Sexual, Mulheres, Reabilitação.

Citação. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas.

ABSTRACT

The sexual dysfunctions are a problem that affects the life's quality of the women. We detach the chronic pelvic pain, the secondary anorgasmia, the vaginism and the dyspareunia as the main manifestations most found. It's important to know that the incidence of the dysfunctions is difficult to be determinate because the women don't look for attendance. But, the women that go to a consult have found not much options of therapy, what don't stimulate the others. With it, the physical therapy starts to blunt as a new alternative to brighten up the problem. This way, the aim of this article is to describe the main options of physical therapy treatment that can decrease the most found sexual dysfunctions in women. It was made a review including books, periodicals, printed matters and electronics from 1993 up to 2008 as basement for the article. It was observed that physical therapy is appearing as a viable practice that, together with other therapeutic options, allows conditions for reestablish a healthy sexual life of affected women.

Keywords. Sexual Life, Women, Rehabilitation.

Citation. Antonioli RS, Simões D. Physical therapeutic approach of female sexual dysfunctions.

Trabalho realizado no Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis-RJ, Brasil.

1. Fisioterapeuta, Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis-RJ, Brasil.

2. Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia da Mulher e Fisioterapia Dermato-Funcional, Professora Adjunta do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, Teresópolis-RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:

Reny S Antonioli
R São Cosme e Damião, 70/01
CEP 25963-270, Teresópolis-RJ, Brasil.
E-mail: renyantonioli@hotmail.com

Revisão

Recebido em: 27/01/09

Aceito em: 24/08/09

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais interferem tanto na qualidade de vida das mulheres quanto no relacionamento com os seus parceiros. É capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais^{1,2}. Em 2004, uma revisão sistemática³ sobre disfunções sexuais femininas constatou uma prevalência de 64% de mulheres com disfunção do desejo, 35% com disfunção orgásmica, 31% de excitação e 26% de dispareunia. No Brasil, uma avaliação⁴ realizada neste mesmo ano com 1219 mulheres, observaram que 49% tinham pelo menos uma disfunção sexual, sendo 26,7% disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% disfunção do orgasmo. A falta de conhecimento e desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, medicamentos, condições uroginecológicas patológicas, problemas de ordem pessoal e, conflitos conjugais podem desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e conseqüentemente resultar em algum tipo de disfunção sexual¹.

Apesar dos elevados números de ocorrência de disfunção sexual em mulheres como essas na literatura vigente, grande parcela destas mulheres não busca ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamentos realizados por profissionais não capacitados⁵. Uma minoria das mulheres tem a iniciativa de falar sobre suas dificuldades sexuais e apenas uma pequena parcela dos ginecologistas questiona sobre a função sexual de suas pacientes. É possível que dificuldades pessoais do médico em relação à própria sexualidade restrinjam o seu acesso à sexualidade das pacientes⁶. A disfunção sexual feminina também está relacionada com a idade, progressiva e altamente prevalente, afetando de 30 a 50% das mulheres americanas. O censo populacional americano mostrou que 9,7% milhões de americanas apresentam desconforto no intercurso e dificuldade de atingir o orgasmo. A disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres⁷.

Com toda a certeza, este trabalho é interessante aos olhos femininos que vendo os resultados alcançados em diversas terapias, tem disseminado os benefícios e quebrado estigmas, fazendo com que as mulheres dêem crédito a novas alternativas². Assim, a fisioterapia pode ser um caminho para o tratamento das disfunções sexuais⁸. Devido à grande quantidade de mulheres que apresentam esse problema, entende-se também a

necessidade de outras áreas, como a medicina, enfermagem e a psicologia, abrangerem o tema. Nessa área a fisioterapia é uma inovação que pode trazer benefícios principalmente para as mulheres. A abordagem fisioterapêutica nesse caso pode inserir técnicas simples e de baixo custo como a cinesioterapia, através de exercícios perineais, na tentativa de otimizar a vida sexual dessas mulheres que enfrentam dificuldades para alcançar o orgasmo⁷. O intuito maior é, no entanto, proporcionar uma vida sexual saudável às mulheres que é meta de qualquer profissional da saúde engajado nessa área².

MÉTODOS

Neste estudo de revisão da literatura, foi realizada uma busca nas Bases de Dados: Bireme, Scielo e Pubmed com os seguintes unitermos: disfunção sexual, mulheres, reabilitação, em português e inglês. Os artigos, livros e periódicos relacionados compreendem o período de 1993 a 2008.

RESULTADOS

Revisão de Literatura

Fisiologia X Fisiopatologia

A resposta sexual normal na mulher é mediada por uma interação complexa de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos (hormonais, vasculares, musculares e neurológicos). A fase inicial da resposta sexual é a do desejo, seguida por quatro fases sucessivas e compreende a excitação, platô, orgasmo e resolução^{9,10}. Quando a mulher se encontra diante de uma situação/ estímulo sexual, o desejo sexual pode ser desencadeado: apetite, libido, apetência. Esse processo pode se estender e ser gratificante, traduzindo-se em excitação sexual. A continuação desse fenômeno pode então culminar em resposta orgásmica^{11,12}.

A resposta sexual normal na mulher é mediada por uma interação complexa de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos (hormonais, vasculares, musculares e neurológicos)^{9,10}. A resposta sexual preconiza que o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), bem como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição, gustação e visão), promove a excitação, identificada pela vasocongestão da vagina e da vulva. A continuidade do estímulo aumenta o nível de tensão sexual, conduzindo a pessoa à fase de platô, à qual se seguiria, caso o estímulo perdurasse, o orgasmo. Na seqüência, ocorre um período refratário (resolução), quando o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais, posto que, durante as fases anteriores, a respiração, os batimentos cardíacos, a

pressão arterial, a circulação periférica, a sudorese, a piloereção, entre outras manifestações do organismo, tenderiam a se pronunciar¹³.

Em um primeiro momento, o desejo sexual, que configura o início da resposta, compreende um impulso produzido pela atividade de centros específicos do cérebro que se conectam com outros centros corticais^{9,11,12}. Em seguida, a fase de excitação é caracterizada por sentimentos eróticos e pelo surgimento de lubrificação vaginal^{10,14}. A primeira mudança que ocorre é o aumento no fluxo sanguíneo genital e a contração dos músculos perineais. A lubrificação vaginal inicia-se poucos segundos e com o aumento da lubrificação, a penetração do pênis se torna mais suave e fácil. O fluxo extra de sangue causa também um ingurgitamento na vagina, levando ao estreitamento da mesma produzindo o efeito de aprisionamento do pênis durante a penetração^{10-12,14}.

A resposta ao estímulo sexual não é um processo que envolve todo o corpo: as mulheres sexualmente excitadas apresentam taquicardia, aumento da frequência respiratória, elevação da pressão sanguínea, aumento de calor generalizado, ingurgitamento mamário, tensão muscular generalizada (miotonia), ereção papilar e petéquias na pele^{10,14}. Os músculos, por todo o corpo, tornam-se tensos ou contraídos, a frequência cardíaca e a respiratória tornam-se mais rápidas, e os mamilos frequentemente tornam-se eretos^{10,15}. A fase de platô é um período relativamente curto e intenso, a tensão sexual e os sentimentos eróticos se intensificam e a vasocongestão alcança a intensidade máxima^{9,10,15}. Após essa fase, ocorre o orgasmo, que é uma resposta miotônica mediada pelo sistema nervoso simpático. Os músculos perivaginais e perineais que circundam o terço externo da vagina ingurgitado contraem-se reflexa e ritmicamente compondo assim a plataforma orgásmica¹⁰.

O orgasmo é a sensação sexual mais intensamente prazerosa: é uma reação que envolve contrações espasmódicas de grupos musculares do abdome, pescoço, face, nádegas, simultâneos, com ligeira perda da consciência. O aumento da pressão arterial, da respiração e dos batimentos cardíacos atinge o máximo durante o orgasmo¹⁰. Após o orgasmo, as alterações fisiológicas revertem-se e o corpo retorna ao estado de não excitação. Após aproximadamente meia hora ou mais, o inchaço pélvico diminui e o clitóris, a vagina e o útero retornam à condição normal¹⁵. Após a liberação súbita da tensão sexual que ocorre por causa do orgasmo, as mulheres experimentam uma sensação de relaxamento e bem-estar. É o período de resolução, no qual os tecidos reativos e todo o corpo voltam ao seu

estado normal de repouso^{9,10,14}. Ao contrário dos homens, as mulheres podem experimentar vários orgasmos, pois nelas não existe o período refratário¹¹.

Como descrito, a resposta sexual é determinada pela interação dos fatores físicos, psicossociais e familiares e se compõem de quatro fases. A interrupção em uma das fases que determina o ciclo da resposta sexual é denominada disfunção sexual^{1,15}.

Etiologia das DSF

Qualquer condição médica que cause dor ou desconforto pode resultar indiretamente na redução do desejo sexual enquanto a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais ativo¹⁶. Além disso, o abuso de álcool interfere com maior frequência na fase de desejo¹¹. As causas orgânicas de desejo sexual hipotativo são raras, pois em geral estão ligadas a diminuição da testosterona, aumento da prolactina, baixo nível de hormônios tireoideanos, uso de certos medicamentos. Diferentes medicações podem proporcionar reações negativas na resposta sexual. Mulheres usuárias de agentes anti-hipertensivos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina e drogas quimioterápicas, frequentemente relatam diminuição do desejo sexual, da excitação e dificuldade em atingir o orgasmo^{1,7,16}.

Os processos fisiológicos envolvidos no fenômeno de excitação sexual podem ser perturbados por alterações vasculares, que originam fluxo sanguíneo da vagina e do clitóris e conseqüentemente, diminuição da lubrificação vaginal, e neurológico, por exemplo, déficits secundários à diabetes ou esclerose múltipla. Embora uma variedade de desordens médicas e psicogênicas resulte em decréscimo do ingurgitamento clitoriano, a insuficiência vascular é uma importante causa de disfunção sexual e deve ser considerada durante a avaliação e no diagnóstico diferencial de mulheres com disfunção sexual⁷. Das alterações endocrinológicas, as hipoestrogenias podem aumentar a secura vaginal, diminuir o desejo e ocasionar a disfunção da excitação^{7,16}. Qualquer alteração no tônus dos músculos que formam o assoalho pélvico pode determinar o surgimento de vaginismo ou anorgasmia coital. As queixas sexuais mais comuns associadas à deficiência de estrogênio ou testosterona são o ressecamento vaginal¹.

A tendência atual é considerar toda disfunção sexual como tendo comprometimentos mistos: anatômicos, patológicos e iatrogênicos^{1,16}. Situações congênitas como malformações genitais que tornam o coito doloroso; estados de doença aguda ou crônica como infecções do trato urinário constituem os fatores de or-

dem patológica; por fim, os resultados de procedimentos médicos como a episiotomia podem também gerar dor na relação sexual. No caso do vaginismo, têm sido referidos um vasto número de causas e processos biológicos, como por exemplo, vaginites, congestão pélvica, episiotomia e histerectomia vaginal¹⁶.

As contribuições psicológicas e do contexto sócio-cultural na expressão saudável da sexualidade e consequente disfunção parecem ser elevadas. A etiologia psicológica decorre muitas vezes apenas da inadequação das carícias e jogos sexuais preliminares e do uso de estímulos eróticos prévios¹¹. A presença de estados emocionais negativos como a raiva, depressão, estresse, ansiedade ou medo, baixa auto-estima, má imagem corporal e ansiedade de desempenho; experiências prévias traumáticas, com dor ou de abuso sexual; fatores educacionais e culturais como contributos na formação de crenças errôneas e desinformação acerca da sexualidade e ortodoxia religiosa; aspectos do relacionamento conjugal como o papel do parceiro e conflitos entre o casal. Os fatores relacionais (hostilidade, indiferença, dificuldades de assertividade, monotonia, infidelidade e competição, entre outros) devem ser considerados tanto no diagnóstico como no tratamento das DSF. Relativamente à disfunção orgásmica salienta-se a associação de determinados fatores sócio-demográficos tais como a idade (jovens), estado civil (solteiras) e nível educacional (baixo)^{11,16}.

Principais DSF

Em um dos estudos¹ encontrados na literatura sobre disfunção sexual feminina, foram analisadas as respostas de 300 questionários sobre o comportamento sexual, o conhecimento e a atitude em relação à sexualidade de mulheres iranianas, observaram que 38% das mulheres entre 16 e 53 anos relataram pelo menos uma disfunção sexual. Verificaram que a disfunção do orgasmo ocorreu em 26% das mulheres, a do desejo em 15% e a da excitação em mais 15%. Cerca de 8% apresentaram vaginismo e 10% dispareunia, havendo pelo menos uma disfunção sexual em mais de 1/3 da população estudada e na ocorrência da disfunção do orgasmo como a mais frequente.

Dor pélvica Crônica (DPC)

Uma delas é a dor pélvica crônica, que pode ser contínua ou intermitente, cíclica ou não, que persiste por pelo menos dois meses, podendo causar danos físicos, psíquicos e sociais, geralmente restringindo o convívio diário do paciente¹⁷⁻²⁰. A definição de DPC é objeto de muitas controvérsias: alguns a definem como

dor abdominal baixa que perdura por mais de seis meses de evolução, comprometendo a qualidade de vida da mulher, excluindo a dispareunia profunda e dismenorréia como variações de DPC. Outros, entretanto a definem de forma mais global, como uma dor constante com mais de três meses de evolução, um tipo de dor intermitente que se apresenta por mais de seis meses, incluindo a dispareunia profunda e a dismenorréia²¹.

O estudo da dor pélvica crônica é um assunto completo e de extrema importância devido não só a sua alta frequência, como também ao seu caráter subjetivo. Apenas 25% dos casos têm como origem a genitália interna, sendo que os fisioterapeutas estão muito propensos a se envolver com tratamento de dor pélvica oriundas de causas músculo-esqueléticas, dispareunia ou relaxamento pélvico¹⁷⁻¹⁹. As causas psicológicas tem tomado uma importância maior que deveria pelo apoio na condição psicológica como causa da DPC. Porém, é evidente que as pacientes com DPC apresentem índices maiores de hipocondria, depressão e histeria que outras em diferente situação. Entretanto, estas diferenças não são significativas ao se comparar mulheres com DPC de causa orgânica com aquelas que apresentam causas não-orgânicas. Portanto a conduta mais apropriada em primeira instância é estar certo da possível causa para assim aplicar o tratamento que parecer mais apropriado²¹.

Anorgasmia Secundária

A anorgasmia secundária atinge um número extremamente grande de mulheres, no entanto é difícil saber ao certo o número exato das mulheres que são vítimas dessa disfunção, pois destas, ao tratar de anorgasmia, a primeira atitude defensiva é negá-la²¹. As mulheres podem desenvolvê-la em função de diversos problemas: de relacionamento, depressão, abuso de drogas, medicamentos de prescrição, doenças crônicas, deficiência estrogênica ou distúrbios neurológicos (esclerose múltipla, neuropatia alcoólica, mielites, neuropatia diabética do clitóris), lesões cirúrgicas e traumatismos (linfadenectomia retroperineal, paraplegia, transtornos endócrinos e metabólicos (deficiência tireoideana, enfermidades das supra-renais, transtornos hipofisários). Antidepressivos, bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos e altas doses de sedativos, estejam envolvidos na gênese da anorgasmia. O mesmo ocorre com o uso de narcóticos e de álcool¹⁷⁻²⁰.

As causas psicológicas são as mais frequentes, entre elas, as causas sócio-culturais, tabus e mensagens familiares, experiências sexuais desagradáveis no início da sexualidade e técnicas sexuais ineficientes. A causa

psicológica mais comum de anorgasmia é a auto-observação e a monitoração obsessivas durante a fase de excitação frequentemente acompanhada de ansiedade e pensamentos negativos e de auto-depreciação que causam distração¹⁸⁻²⁰. Uma mulher com disfunção orgásmica pode ficar tão ocupada monitorando a resposta sexual dela própria e do seu parceiro e preocupada em não falhar que ela própria não consegue relaxar o suficiente para permitir que os seus reflexos naturais cresçam e desencadeiem um orgasmo^{17,18,20}.

Vaginismo

O vaginismo que é uma síndrome psicossomática bem caracterizada, em que ocorre uma contratura involuntária dos músculos perineais a qual impede, total ou parcialmente, a penetração na vagina, impossibilitando o coito. É um reflexo involuntário precipitado por tentativas reais ou imaginárias de penetração vaginal. Esta condição resulta da associação da atividade sexual com dor e medo^{7,17}. Pode ser causado por abuso físico ou sexual, procedimentos médicos realizados durante a infância, dor no primeiro intercurso sexual e medo da gravidez. Outros fatores incluem religião ortodoxa, medo da intimidade e/ou agressão e pensamento fixo de que a vagina é muito pequena⁷. O vaginismo pode ser primário, quando a mulher nunca conseguiu ter um coito, ou secundário, o qual em geral deve-se ao surgimento de dispareunia¹⁷⁻²⁰. As mulheres com vaginismo normalmente apresentam desejo, excitação e orgasmo com outros tipos de relação onde não haja penetração, apresentam lubrificação vaginal e são orgásmicas, mas são incapazes de ter o coito^{18,19}.

O vaginismo pode ser uma resposta condicionada a uma experiência ruim, tal como abuso sexual no passado, um primeiro exame pélvico doloroso ou uma primeira tentativa de penetração dolorosa. Pode ser secundário à ortodoxia religiosa ou a problemas de orientação sexual^{17,18}. Muitas mulheres com vaginismo têm um medo enorme da penetração e conceitos errados sobre a sua anatomia e acerca do tamanho da sua vagina, acham que sua vagina é muito pequena para acomodar um tampão ou pênis e que, se for colocada qualquer coisa dentro da vagina, isso causará uma grande lesão física. A mulher tem sentimentos de inferioridade, frustração, depressão, tristeza e angústia. A anamnese pode sugerir o diagnóstico, mas é confirmado apenas através do exame pélvico e ao observar a reação da paciente que tenta escapar da aproximação do examinador¹⁷⁻²⁰.

Dispareunia

A dispareunia é a dor genital que ocorre antes, durante ou após o coito, na ausência de vaginismo. A repetição da dor durante o coito pode causar angústia marcante, ansiedade e dificuldades interpessoais, levando a paciente à antecipação de uma experiência sexual negativa e, por fim, a evitar o sexo^{18,19}. Este termo é utilizado para descrever a dor durante a penetração, mas pode ocorrer durante a estimulação sexual. Dor superficial pode ocorrer devido a vulvovaginite, herpes genital, uretrite, atrofia vulvovaginal, irritantes (espermaticidas e látex), episiotomias, radioterapia local e traumas sexuais. Dispareunia profunda resulta de trauma pélvico durante o intercurso sexual, doença inflamatória pélvica, fibromialgia, cirurgia abdominal, pélvica ou ginecológica, aderência pós-operatória, endometriose, tumores pélvicos e genitais; sintomas do trato urinário, incluindo bexiga hiperativa e/ou incontinência e infecções do trato urinário, cistite intersticial e cisto de ovário⁷.

Pode ser dividida em superficial (dor no intróito vaginal), profunda (dor com penetração profunda) e intermediária (dor no conduto médio da vagina)^{17,18}. É a disfunção sexual na qual mais frequentemente encontram-se causas orgânicas, em torno de 60% e pode ser generalizada ou situacional, primária ou secundária. A dispareunia secundária ocorre, em média, após 10 anos do início da atividade sexual e a dispareunia crônica poderá levar ao vaginismo como um mecanismo de defesa do próprio corpo^{19,20}. Para o seu diagnóstico são necessários anamnese bem feita e exame físico minucioso¹¹.

Avaliação Fisioterapêutica

O terapeuta deve estar bem com a sua sexualidade, atender aos aspectos éticos e considerar a relação entre os distúrbios orgânicos e os psíquicos, a terapia deve ser do casal e com abordagem multidisciplinar (ginecologista, urologista e psicoterapeuta); a equipe deve funcionar como catalisadora para comunicação e descrição da base psicossocial das disfunções; deve-se reconhecer o temor da paciente em relação ao seu desempenho social e a seus preconceitos, tabus e princípios morais; estimular uma atitude de auto-observação (auto-exame, exploração dos genitais, exercícios específicos); relaxamento; apoio; tratamento da causa orgânica (medicamentoso, hormonal, uso de lubrificantes, cirúrgico e outros)²². Devem-se considerar, ainda, a idade da mulher e a sua experiência sexual. Mulheres jovens e/ou principiantes costumam apresentar dificuldade para relaxamento/lubrificação, o que é bastante

compreensível e não significa disfunção, enquanto não houver experiência sexual suficiente¹³.

A coexistência de disfunção sexual e transtorno de personalidade resultam em dois diagnósticos distintos, da mesma forma que a coexistência da disfunção sexual com alguma outra condição médica geral. Dada a multiplicidade de fatores envolvidos, recomenda-se avaliação psicossocial, de preferência por equipe multidisciplinar, principalmente naqueles casos em que a disfunção ocorre desde o início da vida sexual ou sofre influência de condições psicológicas e relacionais, tais como: condições de vida estressantes, mudanças na parceria, conflitos no vínculo conjugal e disfunção sexual do parceiro¹³.

Anamnese

A queixa da paciente, aliada à presença de alguns elementos de anamnese, é fundamental. Deve-se considerar que um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção¹³. No exame subjetivo, a anamnese deve ser bem detalhada. Porém, as mulheres normalmente sentem desconfortáveis para relatar o problema. Perguntar se a mulher está passando por dificuldades no intercurso sexual é uma ferramenta útil para determinar qual é o problema²³. Além disso, devem-se investigar as condições do(a) parceiro(a), para se afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pela paciente. Assim, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito. Estimulação inadequada em foco, intensidade ou duração exclui o diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo¹³.

Vale ressaltar que também é importante a coleta de dados sobre alguns aspectos da história ginecológica: história menstrual, incluindo sangramentos irregulares que podem interferir no sexo; episódios de infecção pélvica, endometriose, cistos, fibroses e outros. Segue algumas questões que podem ser aplicadas: Quanto tempo tem o problema? Como é a dor? Com que frequência faz sexo? A dor ocorre superficialmente ou durante a penetração? Há alguma posição que melhora ou piora a dor no intercurso? A dor durante a relação sexual está interferindo na relação com o seu parceiro? Você sente o mesmo desconforto ao se masturbar?²³

Inspeccionar detalhadamente a vulva, atentando para a anatomia normal, presença de sinais de candidíase, cistos, traumas, episiotomias, hímem, prolapso e tamanho do intróito. Uma inspeção cuidadosa da

região perianal pode ser realizada pelo mesmo tempo. Deve-se utilizar também o dedo para palpar as paredes vaginais (se tolerável). É importante salientar que o exame pélvico propriamente deve ser cauteloso, pois pode ser traumático e agravar a dor. Deve-se realizar a inspeção da genitália feminina, onde se pode observar, afastando os grandes lábios, uma melhor visualização do intróito vaginal. Se possível também avaliar o grau de força perineal através do toque bidigital²³. Mulheres com pressão vaginal inferior a 30 mmhg apresentam disfunção sexual²⁴. Nos casos de disfunção sexual feminina é de suma importância avaliar o grau de pressão vaginal para que um tratamento adequado e um equilíbrio sexual da mulher ocorram. Portanto, vê-se a necessidade de uma medição do grau de pressão da musculatura perineal para assim podermos fazer uso do tratamento fisioterapêutico e avaliar os efeitos do fortalecimento perineal sobre a vida sexual feminina.

Tratamento fisioterapêutico proposto

Os métodos fisioterapêuticos utilizados baseiam-se na contração voluntária dos músculos perineais para reeducar o assoalho pélvico e aumentar seu tônus muscular. A aplicação dos protocolos de tratamento difere consideravelmente, mas a magnitude das resistências aplicadas, as durações do tempo de contração e de repouso dependem, também, de uma posição correta da bacia e de uma respiração normal. Em relação à respiração, há variações inter-individuais importantes, pois algumas mulheres contraem melhor o assoalho pélvico na expiração e outras na inspiração²⁵.

Cone vaginal

Outra modalidade de exercício foi instituída através da utilização de pequenas cápsulas de formato anatômico, constituindo um conjunto de cinco cones de diferentes pesos progressivos, variando de 20g a 70g aproximadamente^{26,27}. Os cones vaginais buscam efetividade por propiciar um ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubicocccígea e auxiliar periférica, que devem reter os cones cada vez mais pesados além de proporcionar à mulher uma conscientização da contração do assoalho pélvico, que segundo alguns autores, é melhor quando utilizada técnica de contato intracavitário, oferecendo mais resultados que a orientação verbal²⁵. Assim, a ação reflexa automática da musculatura do pavimento pélvico proporciona uma fisioterapia interna que rapidamente restabelece o tônus muscular interessado e promove maior conscientização perineal²⁸.

Exercícios de Kegel

Elaborado por Dr. Arnold Kegel nas décadas de 40 e 50, são utilizados para ganhar controle sobre os músculos que circundam o intróito, pois consistem em exercícios voluntários de contração e relaxamento desse aparato anatômico (pavimento pélvico e estriado uretral)⁹. Os bons resultados da técnica reside na completa compreensão por parte da paciente em como realizar os exercícios^{26,28}. A execução dos exercícios perineais supervisionados pode ser feita em associação à respiração abdominal-diafragmática e os exercícios realizados pela paciente seguem instruções verbais do terapeuta²⁵. Cada contração pode ser sustentada por 5 segundos, em séries de 8 repetições com a paciente em diferentes posições para a realização dos exercícios como por exemplo em cúbito dorsal com joelhos flexionados e pés apoiados. Podem ser feitas, também, contrações perineais breves por 1 a 2 segundos. Esta técnica auxilia tanto no fortalecimento quanto na conscientização perineal, para melhor controle sobre a musculatura no ato sexual além de uma medida profilática para a saúde com o passar dos anos e acontecimentos que podem interferir no períneo.

Biofeedback

O *biofeedback* é um método de reeducação que tem um efeito modulatório sobre o Sistema Nervoso Central SNC através da utilização de uma retroinformação externa como meio de aprendizado. Esse método consiste na aplicação de eletrodos acoplados na musculatura do assoalho pélvico e musculatura sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), que através de comandos verbais dados pelo fisioterapeuta, orientará os músculos do assoalho pélvico excluindo a sinergista. O objetivo do tratamento por biofeedback é de ajudar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico. Sua contribuição consiste também em garantir a aquisição rápida, precisa, segura da participação da paciente em sua reeducação²⁵. O treinamento do controle voluntário eficiente da função do assoalho pélvico é capaz de reestabilizar os circuitos neuronais e aperfeiçoar a função dos alvos periféricos²⁸.

Eletroestimulação

A eletroestimulação consiste na colocação intravaginal de um dispositivo de aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5cm de diâmetro com frequência de 10 e 50hz, o qual promove potentes estímulos elétricos na região pudenda. Esta técnica é muito eficaz para a conscientização do assoalho pélvico e reforço

muscular, porém, a corrente elétrica deve ser ajustada a um nível em que esta possa ser sentida, mas não ser desagradável para a paciente, suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica durante a estimulação^{26,29}.

Não há relatos de morbidade significativa dessa forma de terapia. Efeitos colaterais que são comuns com tratamento medicamentoso não acompanham este tratamento, porém alguns pacientes relatam algum desconforto ou irritação local. Pacientes com marca-passo (ou outros implantes elétricos) devem considerar métodos alternativos de tratamento, baseados teoricamente nos riscos elétricos. No entanto, não há nenhuma análise econômica dessa terapia³⁰.

Trabalho manual (toque bidigital)

O fisioterapeuta introduz dois dedos (o médio e o indicador) na vagina da paciente, até o local onde deve contrair. Ao localizar a musculatura que será recrutada, o terapeuta afasta os dedos para assim poder graduar a força de contração²⁶. Este pode ser graduado de 0 a 3 (0 – sem contração, 1 - pouca contração, 2 – tem contração mas não vence a resistência feita pela mão, 3- contração que vence a resistência da mão)¹⁹. O objetivo dessa técnica é também promover a conscientização da musculatura perineal através da contração e do relaxamento mediante o comando verbal. Dessa forma, a mulher terá um conhecimento corporal mais aprimorado e aprenderá a relaxar a musculatura durante a relação sexual²⁶.

Orientações Domiciliares

Torna-se imperativa no tratamento conservador a todas as mulheres, e como parte integrante do tratamento as pacientes devem utilizar também um programa domiciliar de exercícios como rotina diária de manutenção. Os exercícios só poderão ser feitos após a conscientização dos músculos perineais. Estes exercícios deverão obedecer a critérios como o número de repetições e a associação com a respiração se necessário. É importante que se tenha um conhecimento exato da musculatura que se deve trabalhar, pois a ação sinergista poderá ser adicionada a ação da musculatura perineal interferindo na terapêutica focada nos músculos que circundam o intróito vaginal³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas técnicas fisioterapêuticas podem ter diversas finalidades e são comumente aplicadas no tratamento da incontinência urinária feminina e masculina e no pós-operatório de prostatectomia. No entanto,

estes recursos estão sendo aplicados nas DSF e com resultados satisfatórios em função de estarem baseados na reeducação perineal. As DSF podem advir de diversos fatores, porém os mais comuns são os psicológicos, que somado ao desconhecimento corporal, resultam nas mesmas. Assim, as técnicas também parecem ser efetivas na conscientização perineal que aparece como a causa mais provável da maioria das DSF.

Novas perspectivas de tratamento fisioterapêuticos nas disfunções sexuais femininas. Entretanto é fundamental que haja uma interação multidisciplinar para trabalhar com estas alterações na função sexual da mulher e estabelecer um aumento da eficácia da terapêutica. Novas pesquisas devem ser estimuladas a respeito do tema, principalmente os ensaios clínicos que possibilitarão respostas mais substanciais referentes à eficácia e a contribuição da intervenção fisioterápica nas disfunções sexuais femininas.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7:143-50.
2. Tariq SH, Morley JE. Maintaining sexual function in older women: physical impediments and psychosocial issues. *Women's Health in Primary Care* 2003;6:157-62.
3. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:40-172.
4. Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004;16:160-6.
5. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril.* 2003;79:572-6.
6. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30:312-21.
7. Thiel R, Thiel M, Palma, P. Urologia Feminina e Medicina Sexual: O que os médicos precisam saber. *Prática Hospitalar* 2008; 10:56:37-9.
8. Medeiros MW, Braz MM. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina (tese). Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, 2005, 19p.
9. Berek JS, Adash EY, Hillard PA. Tratado de ginecologia. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998, p.205-16.
10. Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª. ed. São Paulo: Roca, 2000, p.1923-52.
11. Viana LC, Martins M, Gerber S. Ginecologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000, p.261-75.
12. Lopes GP, Claro JA, Rodrigues OM. Disfunções Sexuais Femininas. *International Braz J Urol* 2003;29:29-34.
13. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiq. Clín.* 2006;33:162-7.
14. Stephenson RG.; O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2004, p.93-106.
15. Berman JR, Berman LA. Female sexual function and dysfunction. In: 97th Annual Meeting, Orlando, EUA, 2002, p.1-17.
16. Pablo C, Soares C. As disfunções sexuais femininas. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:357-70.
17. Grosse D, Sengler J. Reeducação Perineal. São Paulo: Manole, 2002, 143p.
18. Lopes G, Goodson L, Cavalcanti S. Sexologia e Ginecologia. Rio de Janeiro: Medsi; 1995, p.37-159.
19. Medeiros MW, Braz MM, Brongholi K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Rev. Fisioterapia Brasil* 2004;5:188-93.
20. Rabelo ALG. Proposta de tratamento fisioterapêutico através de exercícios perineais para mulheres com anorgasmia secundária. *Rev. Fisiobrasil* 2003;57:6-11.
21. Molina M, Rojas E, Escobar D. Dolor pélvico crónico: Un desafío interesante. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología.* Julio 2002;2:32-9.
22. Abdo CHN. Sexualidade Humana e Seus Transtornos. 2ª.ed. São Paulo: Lemos, 2000, 238p.
23. Morris E, Mukhophadyay S. Dyspareunia in gynaecological practice. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2003;13:232-8.
24. Paciornik, M. Aprenda a nascer e a viver com os índios: parto de cócoras, desempenho sexual e ginástica indiana. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997, 160p.
25. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev. bras. Fisioter.* 2006;10:387-92.
26. Seleme M.. Diálogo Profissional sobre uroginecologia. *Fisio & Terapia* 2002;33:20-3.
27. Polden M, Mantle J. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Santos, 1993, 422p.
28. Belo, J. Francisco E, Leite H, Catarino A. Reeducação do pavimento pélvico com cones de plevnik em mulheres com incontinência urinária. *Acta Méd Port* 2005;18:117-22.
29. Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino sob uma visão anatômica. *Rev. Fisioter Bras* 2003;4:205-11.
30. Kubagawa LM, Pellegrini JRF, Lima VP, Moreno AL. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. *Rev Bras Cancerol* 2006;52:179-83.
31. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002, p.465-9.