

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NA ANORGASMIA FEMININA PELA FRAQUEZA DO ASSOALHO PÉLVICO

Clorismar Bezerra de Sousa¹, Vilmaci Santos de Souza¹, Rogério Carvalho de Figueredo²

RESUMO

A disfunção sexual feminina pode ser compreendida como um transtorno transitório ou permanente caracterizado por insatisfação sexual, resultando em um bloqueio total ou parcial da resposta psicofisiológica que afeta uma das fases do ciclo sexual da mulher. A anorgasmia é definida como ausência ou retardo do orgasmo de forma esporádica ou constante. A mulher com disfunção orgásmica passa por todas as fases do ciclo, mais não atinge o clímax da relação, o orgasmo. O objetivo deste estudo é apresentar recursos fisioterapêuticos para o fortalecimento do assoalho pélvico. Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, exploratória, de abordagem qualitativa, baseada em dados eletrônicos: PubMed, LILACS, SciELO, Google acadêmico, em língua portuguesa e inglesa. A busca dos dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2019. A atuação da fisioterapia na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico consiste na melhora da consciência corporal a conscientizá-la da contração voluntária dessa musculatura, no fortalecimento desses músculos, diminuindo qualquer dor e desconforto e uma melhora na atividade sexual, promovendo uma vida sexual mais prazerosa. Os principais recursos fisioterapêuticos abordados para o tratamento de anorgasmia foram: Cinesioterapia, cones vaginais, biofeedback e pilates. A fisioterapia pode intervir através da prevenção na atenção primária e por meios de vários recursos atuando no tratamento da anorgasmia feminina, na normalização do tônus, fortalecimento dos MAPs, otimização da vascularização local, melhora da consciência corporal e do desempenho muscular.

Palavras-chave: Sexualidade, anorgasmia, assoalho pélvico, fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A sexualidade trata-se de um conceito amplo que se caracteriza uma condição humana¹. É um conjunto de reações psicológicas, fisiológicas, culturais e sociais sendo todas interconectadas, interligadas formando um todo². Aspecto central, vivida e expressa em desejos, pensamentos, crenças, fantasias, valores, atitudes, comportamentos e relacionamentos³. Parte integrante da saúde, bem estar e qualidade de vida do ser humano⁴. A sexualidade não se limita apenas a órgãos e ato sexual, ela envolve a esfera biopsicossocial⁵.

Antigamente sexualidade feminina estava ligada apenas a procriação, não era permitida a mulher sentir prazer, pois tal ato era considerado impuro pela sociedade⁶. Nos dias atuais possui dimensão fundamental em todas as etapas da vida tanto de homens, como de mulheres, uma forma de comunicação entre os

¹ Acadêmicas do curso de bacharel em Fisioterapia do Instituto Educacional Santa Catarina – Guará-TO, Brasil. E-mail: cloressousa@hotmail.com, vilmacisantos2016@gmail.com

² Orientador. Enfermeiro doutorando em Administração e Gestão da Saúde Pública, mestre em Ciências da Saúde, coordenador de curso e professor adjunto do Instituto Educacional Santa Catarina – Guará – TO, Brasil. E-mail: rigoh1@live.com

seres humanos, não se limitando apenas à possibilidade de obter prazer genital, mas envolvendo desejos e práticas relacionados à afetividade, satisfação, sentimentos, prazer, ao exercício da liberdade e saúde⁵.

A saúde sexual promove nos adultos bem estar geral e qualidade de vida, proporcionando benefícios físicos e psicológicos e aumento da longevidade. A resposta sexual é controlada e equilibrada por uma interação entre sistema nervoso central e periférico constituído por fases, sendo que cada fase possui sua própria neurofisiologia. Através de estímulos sexuais pode desencadear o aumento do desejo sexual, evoluindo para uma excitação, posteriormente uma resposta orgasmica⁷.

A disfunção sexual feminina pode ser compreendida como um transtorno transitório ou permanente caracterizado por insatisfação sexual, resultando em um bloqueio total ou parcial da resposta psicofisiológica que afeta uma das fases do ciclo sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e resolução) gerando grande impacto negativo na qualidade de vida⁸.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria a disfunção sexual feminina é caracterizada como um problema multidimensional, que causam dificuldades interpessoais, angústia alterações psicofisiológicas e distúrbios do desejo⁹. A Disfunção Sexual Feminina (DSF_S) continua altamente prevalente, atingindo em média 67,9% da população feminina mundial, sendo 30% brasileiras¹⁰.

Os fatores que influenciam as disfunções sexuais femininas podem ser musculogênicas, neurogênicas, hormonais, psicogênicas, vasculogênicas, religião, idade, o grau de instrução, etnia e estado civil, causando um grande impacto na qualidade de vida da mulher e de seu parceiro⁹. As principais disfunções sexuais femininas são vaginismo, dispareunia, anorgasmia, desejo sexual hipotativo, fobia ou aversão e transtorno de excitação ou frigidez¹¹.

A força da musculatura pélvica está ligada à função sexual feminina, quando houver fraqueza desses músculos, poderá existir alguma disfunção sexual⁷. O fortalecimento desses músculos principalmente os bulboesponjosos e isquiocavernosos que se inserem no corpo cavernoso do clitóris, auxiliam nas fases de excitação e orgasmo que estão diretamente relacionados à função sexual¹².

Para a mulher atingir o clímax durante a relação sexual, deve ocorrer uma contração da musculatura do assoalho pélvico e quando este fenômeno não ocorre é chamado de disfunção orgasmica. Então a anorgasmia é definida como ausência ou atraso recorrente ou persistente do orgasmo, devido à fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (MAPS)¹³. Diante do problema proposto, quais os benefícios dos recursos fisioterapêuticos que serão utilizados no tratamento da disfunção orgasmica feminina pela fraqueza do assoalho pélvico?

A anorgasmia feminina está relacionada com a fraqueza dos MAPS, onde a debilidade, hipotonicidade e o desuso dessa musculatura levam a uma incapacidade ao orgasmo. O fortalecimento da musculatura pélvica promove uma melhora da resposta do reflexo sensorio motor (contração involuntária dos MAPS durante o orgasmo) levando a um aumento do fluxo sanguíneo pélvico e da sensibilidade clitoriana, normalização do tônus muscular, atuando no tratamento da anorgasmia feminina²⁰. Esta revisão de literatura ressalta aos profissionais da saúde recursos fisioterapêuticos que tratam a anorgasmia promovendo saúde, bem-estar e uma melhora na qualidade de vida da mulher. Além de mostrar uma área da fisioterapia ainda pouco explorada e com escassez de estudos específicos.

O presente estudo tem como objetivo geral apresentar recursos fisioterapêuticos para o fortalecimento do assoalho pélvico, e objetivos específicos:

apresentar a anatomia do assoalho pélvico feminino, contextualizar orgasmo e anorgasmia, ressaltar o contexto epidemiológico da disfunção sexual e impacto da disfunção sexual da vida da mulher e apresentar avaliação fisioterapêutica.

MATERIAS E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, exploratória, de abordagem qualitativa, baseada em dados eletrônicos: PubMed, LILACS, SciELO, Google acadêmico, em língua portuguesa e inglesa, e livros do acervo da biblioteca da Faculdade IESC FAG, além de produções intelectuais como teses, dissertações e monografias retiradas de repositórios institucionais de universidades públicas do Brasil. Tivemos como critérios de inclusão estudos publicados no período de 2008 a 2019 que busca demonstrar a contribuição da fisioterapia no tratamento da anorgasmia feminina por fraqueza do assoalho pélvico. Foram excluídos materiais que não contemplem o período supracitado, resumos, reportagens e demais publicações que não tenham cunho científico. A busca dos dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2019. Foram utilizadas para busca dos materiais, as palavras chaves: Anorgasmia, disfunção sexual, fisioterapia e assoalho pélvico. Com o auxílio dos descritores foram encontrados 135 artigos, foram excluídos 87 artigos que não tinham não contemplavam o tema da pesquisa, que não estavam dentro do período de publicação definida (10 anos), assim como resumos de anais.

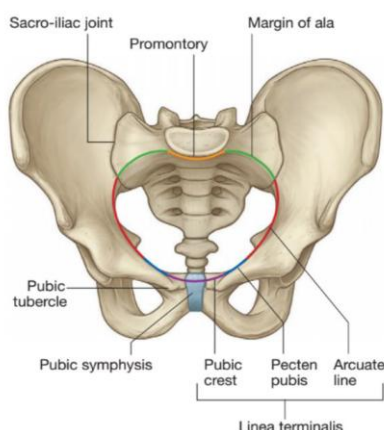
REVISÃO DE LITERATURA

Anatomia do Assoalho Pélvico

A estrutura do assoalho pélvico (AP) tem formato de bacia formada por um conjunto de ossos, músculos estriados, fáscias, tecido conjuntivo e ligamentos responsáveis pela sustentação de órgãos pélvicos, função sexual, continência urinária, fecal e trabalho de parto. O tecido conjuntivo endopélvico é formado de colágeno, fibroblastos, elastina, musculatura lisa e vasos sanguíneos. A mulher possui um órgão erétil ricamente vascularizado e innervado, sensível denominado clitóris de grande importância no ato sexual¹³.

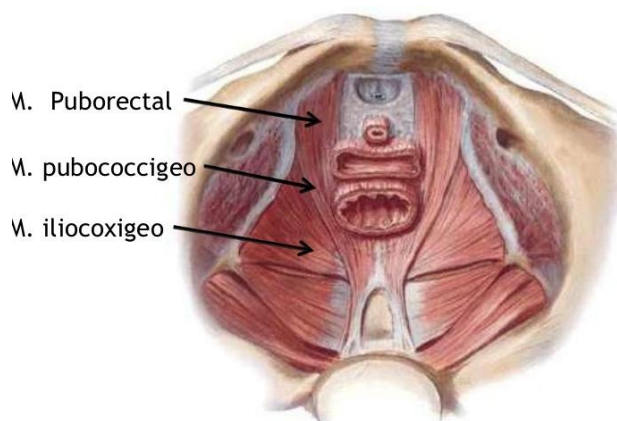
É composta pelos ossos ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix. (Figura 01) e fibras musculares tipo I que são de contrações lentas, responsáveis pelo tônus e tipo II de contração rápida e baixa resistência¹⁴.

Figura 01: Principais estruturas ósseas da pelve feminina¹⁶.



Possui camada superficial e profunda. Sendo os músculos da camada superficial: isquiocavernoso, bulbocavernoso, esfíncter anal externo, transverso superficial e profundo, e músculos da camada profunda: levantadores do ânus (pubococcígeo, puborretal, pubovaginal e iliococcígeo) e o coccígeo. (Figura 02)¹⁵.

Figura 02: Principais estruturas musculares da pelve feminina¹⁵.



A MAP é innervada pelos ramos das raízes nervosas sacrais de S2, S3 e S4. A contração da musculatura desta região gera um movimento de toda a estrutura do AP (fáscias, músculos e ligamentos) esta estrutura está em constante contração, possuindo um tônus que mantém o suporte, exceto durante a defecação e micção¹⁶.

Orgasmo Feminino

O orgasmo é conceituado como uma sensação de bem estar geral. Onde ocorrem contraturas prolongadas, rítmicas, intensas e reflexas que requer o trabalho dos músculos da cavidade pélvica, face, abdominais, membros inferiores e superiores¹³. No momento do orgasmo é liberado pelas terminações nervosas parassimpáticas na região genital a acetilcolina, ocitocina, peptídeos vasodilatadores, favorecendo a dilatação e congestão venosa, ereção do clitóris e a turgescência dos pequenos lábios. Os músculos isquiocavernoso e bulbocavernoso se inserem no arco púbico e no clitóris e são responsáveis pelo mecanismo de ereção, durante a contração no ato sexual⁶.

Orgasmo é um episódio complexo que envolve Sistema Nervoso Central e periférico e respostas sensoriais motoras dos órgãos do assoalho pélvico. Descem conexões nervosas pela medula através do sistema simpático e parassimpático que causam mudanças pelo corpo. As intensidades do prazer dependem e variam do ato, quantidade e qualidade dos estímulos sexuais¹⁷.

Existem cinco tipos de orgasmo feminino: Vaginal, abdominal, clitoriano, contínuo e múltiplo. Vaginal caracterizam contrações de baixa intensidade, reflexas e rítmicas que iniciam na vagina, clitóris e ânus. Abdominal iniciam no clitóris, vagina e ânus caracterizados com contrações de grande intensidade, é necessário que os músculos pélvicos, abdominais e parte medial interna da coxa trabalhem juntos para suportar a agressividade das contrações. Clitoriano são pequenas contrações rítmicas quase imperceptíveis que se localizam nos músculos próximos ao clitóris. Contínuo este requer o trabalho em conjunto dos músculos da cavidade pélvica, da face, abdominais, membros superiores e inferiores, com contrações prolongadas,

rítmicas, intensas e reflexas que se iniciam na vagina e no ânus. Múltiplo ocorre em curtos períodos de tempo com contrações leves na vagina e no ânus¹³.

Contexto epidemiológico e caracterização da disfunção sexual

Entende-se que Disfunção sexual é uma síndrome clínica permanente ou transitória caracterizada por sintomas ou queixas sexuais que resultam em insatisfação, bloqueio total ou parcial das respostas psicofisiológica sexuais⁸. A disfunção sexual feminina (DSF) entende-se por uma situação em que ocorre alteração em uma das fases da atividade sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) que resulta em dor, frustração, diminuição do desejo sexual e interfere na qualidade de vida das mulheres e de seus parceiros¹⁸. Estima-se que mundialmente entre 20 a 30% dos homens e 40 a 45% das mulheres tem algum tipo de disfunção sexual. A prevalência de desejo sexual hipoativo (DSH) varia de 32 a 58%, disfunção de excitação e anorgasmia variam em torno de 30%, dispareunia varia e aumenta de acordo com a progressão da idade da mulher. Em mulheres na pré-menopausa as queixas principais de disfunção sexual são DSH 77%, disfunção de excitação 62% e anorgasmia 56%. O envelhecimento causa mudanças nos níveis hormonais no climatério tendo repercussões psíquicas e biológicas negativas sendo desfavoráveis na resposta sexual normal¹⁹.

As principais disfunções sexuais femininas são vaginismo (é quando há uma alteração no relaxamento da musculatura vaginal), dispareunia (dor durante a relação sexual), anorgasmia (ausência de orgasmo), desejo sexual hipoativo (total falta de interesse pelo sexo). Nas mulheres brasileiras há uma prevalência de 36% de disfunção do desejo, 35% disfunção orgásmica e 29% dispareunia¹¹.

As causas de DSF são multifatoriais que envolvem aspectos psicológicos, físicos, sociais. As principais causas são: Idade, cirurgias vaginais, condições uroginecológicas patológicas, deformidades anatômicas, religião, traumas sexuais, baixa percepção de qualidade de vida, uso de medicamentos, etilismo, gravidez, uso de drogas e doenças crônicas e fraqueza do assoalho pélvico²⁰.

Apenas 11 a 30% das mulheres com DS procuram ajuda de um profissional, pois elas sentem-se pouco a vontade em relatar suas queixas de insatisfação sexual²¹, há um despreparo dos profissionais da área da saúde para o atendimento dessas pacientes, é importante que a mulher durante a consulta ginecológica seja vista como um todo, pois elas buscam não somente alívio para suas queixas orgânicas mais auxílio para suas dificuldades emocionais⁸.

Impacto da disfunção sexual na vida da mulher

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a satisfação sexual uma condição indispensável para a saúde e qualidade de vida da mulher. A falta de prazer apresenta danos psicológicos como insônia, mau humor e tensão constante. Uma atividade sexual desagradável ocasiona na mulher quadro de aversão pelo ato podendo evoluir para uma disfunção sexual²².

As mulheres com DS apresentam um maior comprometimento na qualidade de vida, principalmente nos aspectos sociais, domínios de saúde mental, aspectos emocionais e aspectos físicos²³ então o desempenho sexual insatisfatório pode desencadear a depressão, conduzindo a perda de autoconfiança, autoestima e diminuição de libido²⁴.

As DS interferem diretamente no relacionamento com o parceiro provocando raiva por motivos irrelevantes e brigas constantes, reduzindo o interesse por sexo, perda ou diminuição da motivação pela interação sexual. A falta de compreensão e aceitação do parceiro em relação ao distúrbio contribui de forma negativa aos desfechos clínico do tratamento. A menor procura por parte do parceiro pode ser interpretada pela mulher como uma perda de potencial de sedução feminina e sinal de desamor¹⁹.

Anorgasmia feminina

A anorgasmia é definida como ausência ou retardo do orgasmo de forma esporádica ou constante⁶. A mulher com disfunção orgásmica tem todas as respostas satisfatórias e interesse sexual para realizar o ato, diferenciando assim da frigidez, no qual a mulher não possui interesse, desejo e não atinge o orgasmo²⁵. A mulher com disfunção orgásmica passa por todas as fases do ciclo sexual, mais não atinge o clímax da relação que é o orgasmo²⁶.

A disfunção orgásmica pode ser dividida em duas fases: Primária e secundária. A anorgasmia primária é quando a mulher nunca sentiu o orgasmo, na secundária ela já sentiu orgasmos e por algum motivo passou a não mais apresentá-los⁵. Vários fatores contribuem para a disfunção orgásmica, que podem ser psicológico e físico como: Idade, duração e qualidade do relacionamento, experiências vivenciadas na infância e adolescência, educação, estilo de vida, drogas, crenças religiosas, traumas sexuais, medicamentos, cirurgias ginecológicas, anormalidades anatômicas e fraqueza do assoalho pélvico²⁷.

As mulheres como modo de defesa fingem a presença do orgasmo, para manter um prazer inexistente, deixando de alcançar o orgasmo e dificultando o tratamento. Segundo pesquisas brasileiras a anorgasmia atinge em média 21 % da população feminina²⁶. A mulher que apresenta anorgasmia pode se tornar uma pessoa aflita, deprimida, com perda de autoestima e autoconfiança, com isso uma qualidade de vida comprometida²⁸.

Avaliação fisioterapêutica da anorgasmia feminina

A abordagem fisioterapêutica deve se iniciar com uma boa anamnese, identificando as queixas da paciente para identificar a causa da disfunção orgásmica. A avaliação da resposta sexual feminina é realizada através de um questionário específico autoaplicativo e multidimensional o FSFI (Female Sexual Function Index) contém 19 questões sobre excitação, desejo sexual, orgasmo, lubrificação vaginal, dor e satisfação²⁹. O FSFI é considerado um instrumento prático com segurança discriminativa que avalia a força de cada domínio da resposta sexual em mulheres com ou sem desordens do desejo sexual hipotativo, excitação e orgasmo³⁰.

A palpação digital e a perioneometria são métodos utilizados para avaliar e mensurar a força da musculatura do períneo. O perineometro é um aparelho eletrônico de pressão que registra as contrações musculares do assoalho pélvico que traduz a intensidade em sinais visuais através de uma escala numérica que varia de 0 a 46,4mmHg³¹ (Tabela 01)²⁹.

Tabela 1: Tabela de avaliação da força muscular do assoalho pélvico através da perineometria.²⁹

GRAU	ESCORE (mmHg)	DESCRIÇÃO
0	0	Ausência de registro de contração
1	1,6 a 16,0	Contração leve
2	17,6 a 32,0	Contração moderada, não sustentada por 6 seg
3	33,6 a 46,4	Contração normal, sustentada por 6 seg

A palpação digital é método de avaliação simples que fornece dados quantitativos e não requer instrumentação que utiliza a escala de Oxford para avaliar a força e as contrações do assoalho pélvico que varia de 0 a 5 pontos, onde 0 é sem contração e 5 contrações fortes e sustentada nos dedos do examinador³¹ (Tabela 02)³.

Tabela 2: Tabela de avaliação da força muscular do assoalho pélvico através da palpação digital.³

GRAU 0	Ausência de contração dos músculos perineais.
GRAU I	Esboço de contração muscular não sustentada.
GRAU II	Presença de contração de pequena intensidade, mas que sustenta.
GRAU III	Contração sentida com um aumento da pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação da parede vaginal posterior.
GRAU IV	Contração satisfatória, que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal posterior em direção a sínfise púbica.
GRAU V	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em relação à sínfise púbica.

Principais recursos fisioterapêuticos para tratamento e prevenção de anorgasmia

A atuação da fisioterapia na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico consiste na melhora da consciência corporal a conscientizá-la da contração voluntária dessa musculatura, no fortalecimento desses músculos, diminuindo qualquer dor e desconforto e uma melhora na atividade sexual, promovendo uma vida sexual mais prazerosa³².

Para que ocorra um treinamento específico dos MAPS é necessária uma correta contração dos músculos, sendo assim a fisioterapia dispõe de vários recursos para reeducação e fortalecimento dos MAPS como cinesioterapia, cones vaginais, terapias manuais, biofeedback e pilates³.

A fisioterapia pode intervir também na prevenção atuando na atenção primária com mesas redondas, palestras sobre o tema e com orientações sobre a conscientização corporal. Pois é grande o número de mulheres que não tem conhecimento dessa disfunção²⁶.

Cinesioterapia

O fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico através da reeducação perineal tem papel importante na rearmonização, através de contrações isoladas, associadas ao posicionamento adequado da pelve e respiração¹¹. A cinesioterapia através de exercícios perineais tem como objetivo a conscientização corporal, fortalecimento perineal, a restauração da funcionalidade dos MAPS, e a sustentação dos órgãos pélvicos. São exercícios mais recomendados, pois oferecem baixo risco de complicações e é um método não invasivo²².

A cinesioterapia se baseia em contrações voluntárias, repetidas que aumentam resistência e força muscular, melhorando a atividade dos músculos. Esses exercícios agem principalmente nas fibras tipo II que são fibras de contração rápida, favorecendo uma contração eficiente e consciente durante o reflexo involuntário³³.

Os exercícios de kegel foram criados pelo doutor Arnold Kegel nos Estados Unidos que foi o primeiro pesquisador a criar exercícios específicos para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e foram introduzidos na década de 40³⁴. Os exercícios de kegel são contrações voluntárias que levam a uma melhora da consciência corporal, percepção e vascularização da região pélvica, os sinergismos musculares e contrações acessórias são problemas que evitam a contração isolada dos MAPS²².

Os exercícios de kegel devem ser realizados com contrações sustentadas por 06 segundos com 10 repetições, intervalo de 30 segundos de uma série para outra. E pode ser realizada em diversas posições, decúbito dorsal, posição ortostática, sentada, cócoras e de quatro apoios³⁵ e podem ser associados a outras modalidades de cinesioterapia como exercícios de ponte, exercícios de mobilidade pélvica na bola suíça, exercícios de cadeia cinética fechada³⁶.

Com os exercícios cinesioterapêuticos perineais a mulher aumenta a propriocepção e atividade fisiológica da musculatura melhorando a função e a coordenada das contrações da musculatura aumentando a capacidade de atingir o orgasmo¹¹.

Cones Vaginais

Os cones vaginais são recursos terapêuticos que visam promover a resistência dos músculos do assoalho pélvico³⁷. São pequenas cápsulas, constituídas de materiais resistentes, e de formato anatômico, varia aproximadamente de 20 a 70 gramas que são introduzidos com preservativo masculino. Os cones vaginais tem objetivo de aumentar a resistência muscular, efetivar o ganho de força por meio de recrutamento da musculatura pubiococcígea, proporcionar a conscientização da contração pélvica e melhorar a sensibilidade¹¹.

Para que o tratamento seja realizado é necessária uma avaliação para identificar qual cone a paciente consegue reter dentro do canal vaginal durante um minuto com contrações voluntárias dos músculos perineais³⁸.

O tratamento fisioterapêutico com cones vaginais são realizados de duas formas passiva e ativa. Na forma passiva com a paciente em posição ginecológica os cones são introduzidos profundamente pelo fisioterapeuta que traciona o cone enquanto a paciente realiza contrações para segurar o cone no canal vaginal.

A forma ativa é realizada logo após a forma passiva, no qual é utilizado o peso do cone contra a gravidade na posição ortostática³⁹, realizando sequencia de

exercícios como subir e descer escadas, exercício de ponte e prancha, agachamentos, aumentando gradativamente o peso até o limite máximo que consiga realizar os exercícios sem deixá-los cair. O tempo mínimo de exercício com cones vaginais são 20 minutos e o tempo máximo 2 horas⁴.

Biofeedback

O biofeedback foi introduzido pelo pesquisador e doutor Arnold Kegel no ano de 1948, é considerado um aparelho de reeducação da pelve que trata as disfunções neuromusculares e avalia as contrações voluntárias exercida pelo assoalho pélvico, e tem um efeito sobre o Sistema Nervoso Central, através de uma retro informação externa por meio de aprendizado¹¹.

Esse aparelho aumenta a vascularização, age na normalização do tônus muscular da região pélvica, melhora da propriocepção, controle voluntário dos músculos e desempenho da força muscular pélvica⁴⁰. O biofeedback tem objetivo de interpretar a intensidade das contrações musculares do assoalho pélvico de forma gráfica, apresentadas em tempo real no visor do aparelho. Esses sinais diminuem e aumentam de acordo com as contrações musculares exercidas pela paciente, onde ela consegue realizar os exercícios de forma mais efetiva, pois ela pode acompanhar a intensidade das contrações realizadas⁴¹.

Essa conduta é realizada com a paciente em posição em decúbito dorsal com os MMII fletidos e abduzidos é introduzido dentro da vagina uma sonda inflável e insuflada, o terapeuta pede para a paciente realizar contrações da musculatura pélvica que será visualizada no visor do aparelho. Através dos estímulos visuais, táteis e auditivos a paciente melhora a ação de conscientização e contração dos MAP⁴².

Quando ocorre o ganho de percepção da ação dos MAP, a mulher começa a ter ganho de fortalecimento de músculos agonistas e antagonistas e a ter uma maior propriocepção do controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico¹⁸.

Pilates

O Pilates foi criado por Joseph Humbertus em meados do ano de 1920 e definida como coordenação de corpo, espírito e mente. É composto de exercícios com movimentos isométricos, excêntricos, concêntricos e contrações realizadas através do sinergismo muscular. A diferença entre o pilates e outras modalidades de exercícios é seu modo de execução, pois exigem atenção e concentração aos detalhes⁴³.

A prática do método pilates tem objetivo de otimizar a força muscular tendo a contração dos músculos diafragma, transversos do abdômen, multifídios e músculos do assoalho pélvico como centro de força²⁵. As contrações dos músculos abdominais ocorrem de forma simultânea a contração do músculo do assoalho pélvico de forma voluntária ou não⁷.

O pilates trabalha desde o fortalecimento, propriocepção e a conscientização da musculatura do assoalho pélvico que promove uma maior percepção da região perineal melhorando a satisfação da atividade sexual, e a autoimagem da mulher⁴⁴. O método pilates pode ser utilizado como recurso de tratamento e também de prevenção das disfunções do assoalho pélvico contribuindo para o bem estar das praticantes⁴⁵.

A técnica de pilates é realizada em dois tipos de exercícios, solo e aparelhos. Sendo ambos efetivos na estabilização pélvica, na mobilização de articulações e fortalecimento do assoalho pélvico⁴⁶.

Orientações fisioterapêuticas no conhecimento corporal e dialogo com o parceiro

A masturbação pode ser uma estratégia de boa resolutividade no tratamento da anorgasmia feminina, descoberta e conhecimento do próprio corpo e uma possibilidade da mulher melhorar o seu desempenho sexual e aumentar o seu prazer⁴⁷. A masturbação é uma expressão saudável e natural da sexualidade que proporciona e ajuda a mulher a entender sua anatomia sexual básica. Em torno de 80% das mulheres brasileiras se masturbam com frequência. É papel do fisioterapeuta orientar a paciente a conhecer e estimular seu próprio corpo descobrindo e explorando seus pontos eróticos⁴.

É importante que o parceiro se comprometa com o crescimento sexual da mulher, porém, como levantado por Heiman e LoPiccolo (1992), o apoio dele pode ajudar, mas não é fundamental para que ela progrida. A terapia de casal tem o objetivo de facilitar a comunicação do mesmo, além de mediar um conhecimento maior sobre o funcionamento da relação, ajudando a descobrir, entre outros fatores, de que forma o casal se perde em sua vida cotidiana, e como isto se reflete na dinâmica sexual⁴⁸.

A superação de um quadro como esse leva ao aprendizado e ao autoconhecimento, provocando transformações além da sexualidade⁴⁸. Para que a mulheres tenham um desejo sexual é importante que elas sejam erotizadas através de estímulos táteis, como por exemplo, beijos, abraços, toque das mãos e carinhos de uma forma geral⁶.

Considerações Finais

O presente estudo abordou que a fisioterapia promove efeitos positivos e significativos na satisfação sexual da mulher com anorgasmia. Ressaltando a importância de uma boa avaliação, para obter um diagnóstico e um tratamento efetivo. A fisioterapia vem ganhando um papel muito importante na equipe multidisciplinar quando se refere ao tratamento relacionado à saúde da mulher, o fisioterapeuta é um profissional capaz de prevenir, avaliar e tratar as disfunções sexuais femininas provocadas pela fraqueza do assoalho pélvico, promovendo uma melhora na qualidade de vida.

A fisioterapia por meio de várias técnicas como cinesioterapia, cones vaginais, biofeedback, pilates e orientações atua no tratamento e na prevenção da anorgasmia feminina, através da normalização do tônus, fortalecimento dos MAPs, otimização da vascularização local, dessensibilização clitoriana, melhora da propriocepção, consciência corporal e do desempenho muscular, demonstrando assim importância da fisioterapia ginecológica na saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- 1 Lima MAS. Contribuições de Reich para a compreensão da anorgasmia. Trabalho de Conclusão de Curso. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2018, p. 28.
- 2 Zamboni L. Padrões intergeracionais femininos e a ocorrência de anorgasmia. Dissertação. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo; 2018, p.167.
- 3 Batista NMTL, Oliveira NA, Nunes EFC, Latorre GF. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2017; 2(1):10-15.
- 4 Bianco G, Braz MM. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. Trabalho de Conclusão de Curso. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2008, p.12.
- 5 Moreira AS. Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade. Trabalho de Conclusão de Curso. Sinop: Universidade Federal de Mato Grosso; 2017, p. 47.
- 6 Soares ER. Disfunção sexual feminina: Tratamento fisioterapêutico na dispareunia. Trabalho de Conclusão de Curso. Ariquemes: FAEMA; 2013, p. 39.
- 7 Marques MG, Braz MM. Efeitos do método pilates sobre a função sexual feminina. *Fisioterapia Brasil*. 2017; 18(1):63-68.
- 8 Tozo IM, Lima SMRR, Gonçalves N, Moraes JC, Aoki T. Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. *Arq Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa*. 2009; 52(3): 94-9.
- 9 Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010; 32 (3): 139-43.
- 10 Wolpe RE, Toriy AM, Silva FP, Sperandio FF. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. *Acta Fisiatr*. 2015; 22(2): 87-92.
- 11 Delgado AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Revista científica da escola da saúde*. 2015; 47-56,
- 12 Costa CKL. Estudo de técnicas de quantificação e eficácia de um programa de exercícios na funcionalidade do assoalho pélvico e impacto sobre a função sexual feminina. Tese. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017, p. 112.
- 13 Dias JC, Santos WS, Pereira JS, Vasconcelos RFR. Anorgasmia Feminina. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. 2014.

- 14 Bernardes NO, Péres FR, Souza ELBL, Souza OL. Métodos de Tratamento Utilizados na Incontinência Urinária de Esforço Genuína: um Estudo Comparativo entre Cinesioterapia e Eletroestimulação Endovaginal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010.22(1), 49-52.
- 15 Araújo CC. Avaliação dos músculos do assoalho pélvico em mulheres no pós parto. Dissertação. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017, p.93.
- 16 Darski C. Associação entre a musculatura do assoalho pélvico e a função sexual de mulheres com diferentes tipos de incontinência urinária. Dissertação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016, p.85.
- 17 Oliveti EMP. Anorgasmia em mulheres com parcerias estáveis: Revisão de Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010, p.15.
- 18 Silva TDM. Disfunções sexuais Femininas, uma pesquisa bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014, p. 50.
- 19 Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010.30(6), 312-21.
- 20 Piassorolli VP, Hardy E, Andrade F, Ferreira ON, Osis DJM. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev.Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32(5):234-40.
- 21 Cerejo AC. Disfunções sexuais femininas: prevalência e fatores relacionados. Rev. Port. Clin. Geral. 2010; 22: 701-20.
- 22 Tomen A, Fracaro G, Nunes EFC. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. Rev. Ciênc. Méd. 2015; 24(3): 121-130.
- 23 Correia LSC, Brasil C, Silva MD, Silva DFC. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: Um estudo observacional. Rev. Port. Med. Geral Fam. 2016; 32: 405-9.
- 24 Lucena BB, Abdo LCHN. Considerações sobre a disfunção sexual feminina e a depressão. Diagn. Tratamento. 2012; 17(2): 82-5.
- 25 Bazan AP, Castro GL. Prevalência de transtorno orgasmico em mulheres praticantes do método pilates e musculação. Trabalho de Conclusão de Curso. Porto Velho: Centro Universitário São Lucas; 2016, p.20.
- 26 Grego C, Souza JF, Bernava P. Prevalência da anorgasmia em universitária. Trabalho de Conclusão de Curso. Americana: Faculdade de Americana; 2015, p.37.
- 27 Najafabady MT, Abedi ZSP. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. Clinics. 2011; 66(1): 83-86.
- 28 Medeiros MW. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento na vida sexual feminina. Trabalho de Conclusão de Curso. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2015, p.20.

- 29 Magno LDP, Pereira AJF, Nunes EFC. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. Rev Pan-Amaz Saude. 2011; 2(4):39-46.
- 30 Faria KC. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. Trabalho de Conclusão de Curso. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2010, p. 103.
- 31 Riesco MLG, Caroci AS, Oliveira SMJV, Lopes MHBM. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós parto: correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(6): 1-7.
- 32 Trindade SB, Luzes R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. Uniabeu. 2017; 5(9): 1-10.
- 33 Almeida ALR, Marsal AS. A influencia da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres: estudo da eficácia da cinesioterapia. Visão Universitária. 2015; 3: 109-128.
- 34 Ferreira AP. Efeito de um programa de treinamento do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com esclerose múltipla. Dissertação. Campo Grande: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014, p.69.
- 35 Ramos ALR, Oliveira AAC. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de kegel. Horus. 2010; 5(2): 264-275.
- 36 Almeida LM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária antes e após um protocolo de cinesioterapia para o assoalho pélvico. Trabalho de Conclusão de Curso. Natal: UFRN; 2017, p.32.
- 37 Rodrigues TS. Atuação da fisioterapia na incontinência urinária em idosas. Trabalho de Conclusão de Curso. Ariquemes: FAEMA; 2018, p. 46.
- 38 Santos DKRS, Fujioka AM. Métodos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. Referencias em Saude. 2019; 2(1): 92-102.
- 39 Rodrigues BCM, Zeferini LN. Efeitos da eletroestimulação versus cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico. Trabalho de Conclusão de Curso. Americana; Faculdade Americana; 2015, p. 27.
- 40 Mesquita RL, Carbone ESM. Tratamento Fisioterapêutico nas Disfunções Sexuais em Mulheres após Tratamento de Câncer Ginecológico e de Câncer de Mama: Uma Revisão de Literatura. Rev Fisioter S Fun: 2015; 4(2): 32-40.
- 41 Perez FSB. Fortalecimento perineal com um novo eletrodo móvel na incontinência urinária e disfunção sexual. Tese. Brasília: Faculdade de medicina da Universidade de Brasília; 2018, p. 172.
- 42 Fitz FF, Resende APM, Stupp L, Costa TF. Efeitos da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. Rev Bras Ginecol Obstet: 2012; 34(11): 505-10.

- 43 Silva FL. Eficácia de um protocolo de exercícios baseados no método pilates de solo nos sintomas de disfunção sexual de mulheres com excesso de peso. Dissertação de mestrado. Jataí: Universidade Federal de Goiás; 2017, p. 114.
- 44 Brondani KH. Influencia do método pilates sobre a função do assoalho pélvico e sexualidade de mulheres sedentárias. Monografia. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2014, p.45.
- 45 Fernandes KTMS, Santos RL. Os benefícios do método pilates no fortalecimento do assoalho pélvico no período gestacional: Uma revisão bibliográfica. Rev Cien Escol Saud Publ Candigo Santiago- RESAP: 2016; 2(3): 152-162.
- 46 Marés G, Oliveira KB, Piazza MC, Preis C, Neto LB. A importância da estabilização central no método pilates: uma revisão sistemática. Fisioter Mov: 2012; 25(2): 445-451.
- 47 Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto contexto – Enferm: 2010; 17(3):417-426.
- 48 Veiga AP. Orgasmo: querer é poder. Revista IGT na Rede: 2010; 4(6): 22-31.