

Fisioterapia pélvica no tratamento das disfunções do orgasmo feminino – revisão



Nathania Torres Chaves¹, Sônia Camargo da Silva²
Thalita de Andrade Almeida³, Gustavo F. Sutter Latorre²

Submissão: 03/06/2021

Aceite: 31/05/2021

Publicação: 18/08/2021

RESUMO

Panorama: Dentre as disfunções sexuais femininas, têm destaque as disfunções do orgasmo, tema, no entanto, pouco estudado. **Objetivo:** levantar técnicas fisioterapêuticas que tratem as disfunções orgásticas femininas, descrevendo as mais frequentemente utilizadas. **Método:** buscou-se nas bases de dados PubMed, Lilacs, PEDro por artigos publicados entre 2000 e 2016, selecionados por meio dos seguintes descritores: fisioterapia, disfunção sexual feminina, tratamento, e suas variantes em inglês, incluindo estudos publicados em português, inglês e chinês; ensaios clínicos em mulheres que descreveram o tratamento para disfunções sexuais femininas. **Resultados:** Foram encontrados 314 artigos e inclusos 15. **Conclusão:** há diferentes propostas de tratamento fisioterapêutico para anorgasmia sugeridos na literatura, porém sua diversidade ainda não permite clara conclusão. Urgem novos estudos de melhor qualidade metodológica sobre o tema.

ABSTRACT

Background: Among the female sexual dysfunctions, orgasm dysfunctions are highlighted, a topic, however, little studied. **Aims:** to raise physiotherapeutic techniques that treat female orgasmic dysfunctions, describing the most frequently used. **Method:** PubMed, Lilacs, PEDro databases were searched for articles published between 2000 and 2016, selected using the following descriptors: physical therapy, female sexual dysfunction, treatment, and its variants in English, including studies published in Portuguese, English and Chinese; clinical trials in women that described treatment for female sexual dysfunctions. **Results:** 314 articles were found and 15 were included. **Conclusion:** there are different proposals for physiotherapeutic treatment for anorgasmia suggested in the literature, but their diversity still does not allow a clear conclusion. New studies of better methodological quality on the subject are urgent.

¹ Fisioterapeuta pélvica, Bacabal, MA, Brasil.

² Fisioterapeuta pélvica, Cuiabá, MT, Brasil.

³ Fisioterapeuta pélvica, Belém, PA, Brasil

⁴ Fisioterapeuta pélvico, Mestre em fisioterapia, Portal Perineo.net, Florianópolis, SC - gustavo@perineo.net

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a sexualidade como um aspecto fundamental do ser humano, onde vai englobar o sexo, a identidade e os papéis dos gêneros, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sendo a sexualidade influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Além disso, sexualidade pode ser vivida e expressada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos¹.

A resposta sexual saudável pode ser definida como um conjunto de quatro etapas sucessivas, sendo elas o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução. A falta, o excesso, o desconforto e/ou a presença de dor na expressão e no desenvolvimento de algumas dessas etapas, caracterizar-se-á como disfunção sexual, que pode se manifestar de forma persistente ou recorrente².

As disfunções sexuais femininas apresentam causas de natureza multifatorial, estando sob o controle de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares³. Acrescenta-se às suas causas a origem orgânica. Ainda, além dos fatores listados acima, o uso de medicamentos, tabagismo, problemas afetivos ou de natureza relacional, falta de experiência sexual e de conhecimento do corpo, traumas, bem como fatores socioeconômicos, podem refletir-se de forma negativa na resposta sexual, interferindo diretamente na perda da libido e na dificuldade ou ausência de orgasmo⁴.

As disfunções sexuais femininas alcançam uma alta incidência independente da faixa etária, porém são dificilmente diagnosticadas devido as pacientes não se queixarem por inibição ou porque o médico não investiga por constrangimento ou por desconhecimento da resposta sexual humana.(5) Estima-se que o percentual de mulheres afetadas por alguma disfunção sexual chega a 45%.(6) Dentre as mulheres com alguma queixa de disfunção sexual, 32 a 58% descrevem baixo desejo sexual, e 30% apresentam disfunção de excitação e anorgasmia⁷.

Contudo, é difícil definir a real incidência de mulheres que sofrem com disfunção orgástica, pois muitas delas não relatam esse problema e assim não buscam ajuda⁸.

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM V) de 2014, o transtorno orgástico feminino é caracterizado pela dificuldade e/ou ausência persistente de sentir intensamente sensações orgásticas após uma fase normal de excitação sexual, que perdura mais de seis meses, o que causa sofrimento ou dificuldade interpessoal. Vale ressaltar que a descrição de

orgasmo é muito subjetiva e variada, levando em consideração que as mulheres apresentam ampla variabilidade no tipo ou na intensidade da estimulação que produz o orgasmo⁹.

Há diversas propostas de técnicas fisioterapêuticas com finalidades variadas que são comumente aplicadas no tratamento de incontinência urinária, pós-operatórios de cirurgias pélvicas, dentre outras disfunções do assoalho pélvico¹⁰. Contudo, essas técnicas fisioterapêuticas têm apresentado resultados satisfatórios no que diz respeito a melhora das disfunções sexuais femininas, em função de estarem contribuindo para a conscientização perineal. Essas técnicas incluem tratamentos conservadores com cones vaginais, exercícios da musculatura do assoalho pélvico, sendo de contrações simples ou auxiliadas por toque manual bi-digital, por biofeedback, por eletroestimulação além de orientações domiciliares e comportamentais¹⁰.

Todavia, possivelmente pela alta variabilidade das técnicas, ainda não se encontra consenso a respeito de quais técnicas seriam as mais apropriadas para cada tipo de problema, e em particular a disfunção do orgasmo. Neste íterim o presente estudo teve por objetivo revisar a literatura científica em busca das técnicas fisioterapêuticas para o tratamento das disfunções do orgasmo feminino, descrevendo as mais frequentemente utilizadas.

MÉTODO

Uma busca eletrônica foi realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs e PEDro por artigos publicados entre 2000 e 2016, selecionados por meio dos seguintes descritores: “Fisioterapia”, “Disfunção Sexual Feminina”, “Tratamento”, e suas variantes para o inglês, “Physiotherapy”, “Female Sexual Dysfunction”, “Treatment”. Os estudos foram pré-selecionados após a leitura dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram idiomas português, inglês e chinês, estudos realizados em seres humanos, ensaios clínicos, descrever algum tratamento fisioterapêutico para as disfunções sexuais femininas citando orgasmo. Foram excluídos estudos em homens ou cobaias.

RESULTADOS

Dos 314 estudos relacionados às palavras chaves foram incluídos apenas 15 foram ensaios clínicos. Os principais motivos de não inclusão foram não abordar diretamente o tema anorgasmia ou

disorgasmia (70 estudos), estudos de revisão (64) sexo masculino (62), não realizaram intervenção fisioterapêutica ou estudos qualitativos (54), estudos anteriores ao ano 2000 (49). O grau de evidência dos estudos é descrito a seguir, entre colchetes, de acordo com a classificação da AMB¹¹.

Foi interessante observar que nos estudos incluídos houve grande variedade de tratamentos para melhoria da função sexual feminina, particularmente para as disfunções do orgasmo, lubrificação, desejo, excitação ou dor no ato sexual. Também verificamos que a disfunção sexual feminina muitas vezes vem associada ou é um sintoma secundário de outras disfunções do assoalho pélvico.

Wurn et al.¹² [B], avaliando a eficácia de técnicas de terapia manual em tecidos moles para melhorar o orgasmo e reduzir a dispareunia em 23 mulheres com histórico de formação de aderências abdominopélvicas, por processos infecciosos ou inflamatórios, aborto, cirurgia pélvica e/ou dor ou trauma na região abdominopélvica, observaram que as mulheres apresentaram melhora significativa na pontuação total dos domínios dor e orgasmo pelo Female Sexual Function Index – FSFI e por três escalas de dor subjetivas, as quais complementaram os três itens que representam o domínio dor no FSFI. Eles justificaram a melhora devido um melhor alinhamento biomecânico, aumento da amplitude de movimento das estruturas de tecidos moles e ósseos, tendo como exemplos a melhoria da atividade muscular do assoalho pélvico e diminuição das contraturas. As voluntárias receberam uma série de tratamentos destinados a melhorias biomecânicas e da mobilidade, restrita pelas aderências, que afetaram os órgãos reprodutivos e estruturas adjacentes, particularmente a liberação e estabilização manual dos tecidos moles da região pélvica superficial, onde o terapeuta engata os dedos nos pontos chaves ao fundo do útero e nas paredes laterais do canal vaginal realizando trações. Para ajudar e melhorar a mobilidade dos tecidos moles, o terapeuta pode libertar a tensão de tração de 2 a 4 horas/dia. Concluíram que muitos casos de orgasmo inibido, dispareunia, e outros aspectos da disfunção sexual feminina, parecem ser tratáveis por uma terapia manual não invasiva, sem riscos. E afirmam que a terapia manual deve ser considerada um novo complemento para a área geral da ginecologia.

Já o piloto realizado por Schroder et al.¹³ [B], objetivou avaliar a eficácia de um dispositivo aparelho de terapia do clitóris na disfunção sexual de mulheres com cancer do colo do útero tratadas por radioterapia e auto-relato de disfunção sexual no quesito excitação e/ou orgasmo, ou disfunção do desejo sexual. Entre 2001 e 2002 13 mulheres completaram o estudo. A idade das voluntárias e o tempo de radioterapia-paciente tinham intervalo médio de 43,5 anos e 2 anos, respectivamente.

As pacientes usaram um dispositivo terapêutico para o clitóris, não farmacológico, não invasivo, funcionando por sucção para causar a congestão do clitóris, quatro vezes por semana durante três meses durante as preliminares e auto-estimulação. Ao final dos três meses foi observado melhoria estatisticamente significativa em todos os domínios testados, incluindo desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, a satisfação e redução na dor. Exames ginecológicos revelaram melhoria da cor da mucosa, da humidade e da elasticidade vaginal, além de diminuição na hemorragia e na ulceração. Os resultados deste estudo piloto sugeriram que o dispositivo de terapia clitoriano pode aliviar a disfunção sexual em pacientes com cancer de colo do útero irradiados. Infelizmente o estudo seguinte, desde a publicação deste piloto em 2005, não foi encontrado, o que é de causar estranhamento ao se considerar os resultados excelentes descritos no piloto.

Mais tarde Giuseppe et al.¹⁴ [A], em ensaio controlado, investigaram os efeitos da Estimulação Elétrica Transvaginal (EET) na Disfunção Sexual Femenina (DSF) e Incontinência Urinária (IU) em 37 mulheres com queixa de IU, das quais 23 apresentavam também DSF, e compararam os escores do FSFI das mulheres com IU e 43 mulheres não afetadas pela IU. Todas foram submetidas a avaliação urológica de rotina, diário miccional, estudo urodinâmico e ao FSFI. Nas mulheres que apresentaram IU e DSF, a avaliação foi realizada antes e após três meses de tratamento. A EET foi realizada por 15-30 minutos, duas vezes por semana durante três meses, usando corrente intermitente bifásica com uma frequência de 50 Hz para a IU de esforço (IUE) e 20 Hz para IU de urgência (IUU), e a intensidade foi ajustada de acordo com a tolerância da voluntária. Depois de EET, as mulheres com IUU apresentaram alguns incidentes de perda; pacientes IU mista estavam completamente secas durante quase todo o período mas apresentam alguns episódios de IU durante atividades intensas. Pacientes com IU mista melhoraram, principalmente no que diz respeito aos sintomas de urgência. Pacientes com DSF apresentaram uma melhora notável na vida sexual, nos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, desejo e dor. Dessa forma, os autores concluíram que a EET pareceu ser uma terapia segura e eficaz para pacientes afetadas por ligeira a moderada IU e DSF.

Já Zahariou et al.¹⁵ [B] avaliaram os efeitos de um programa de treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) supervisionado sobre a função sexual, em um grupo de 58 mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) diagnosticada por exame urodinâmico, avaliadas pelo Pad Test e o FSFI. Foram realizados exercícios para os músculos do assoalho pélvico (MAP) com cinco contrações sustentadas de dez segundos com um período de descanso de 10 segundos. O número

de contrações sustentadas aumentou progressivamente a um regime final de cinco contrações rápidas e vinte contrações sustentadas duas vezes por dia. Os autores descreveram melhora significativa nos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, concluindo que este tratamento apresentou um forte efeito positivo sobre a IUE e a função sexual feminina.

Mais tarde, Citak et al.¹⁶ [A] avaliaram a eficácia do TMAP sobre a função sexual feminina, em 75 nulíparas em pós-parto vaginal imediato, divididas em grupo controle (38) e grupo intervenção (37). As puérperas, todas no quarto mês de pós-parto, passaram pela avaliação da força dos músculos do assoalho pélvico durante a contração e o relaxamento, e pelo FSFI. A mesma avaliação foi repetida no sétimo mês de pós-parto, após a intervenção, na qual o grupo controle foi apenas acompanhado, enquanto o grupo intervenção passou pelo TMAP em domicílio, alternando períodos de contração e relaxamento durante três segundos, seguidos por períodos de contração e relaxamento mais rápidos de dois segundos, 10 vezes por dia nos primeiros 15 dias. Depois disso, a duração da contração e relaxamento foi alterada para cinco segundos. Todas no grupo de estudo continuaram a aumentar a duração para 10 segundos e o número de treinos para 15 sessões/dia até ao final do estudo. Ao final ambos os grupos apresentaram resultados significativamente no sétimo mês em comparação ao quarto mês nos domínios desejo e dor. Contudo os domínios excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação melhoraram de forma significativa apenas para o grupo intervenção. Todos os domínios, exceto satisfação, foram significativamente maiores no grupo de intervenção, em comparação com o controle. A força dos músculos do assoalho pélvico foi maior no sétimo mês no grupo intervenção, enquanto não houve diferença significativa entre as medições do quarto e sétimo mês no controle. Para os autores o TMAP melhora a função dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto imediato, tendo efeitos positivos sobre a função sexual feminina.

Ainda no ano de 2010, Piassarolli et al.¹⁷ [B] também avaliou o efeito dos TMAP sobre as disfunções sexuais femininas, em 26 mulheres com diagnóstico de disfunção sexual. As participantes foram avaliadas antes, na metade (após cinco sessões) e ao final do tratamento (após dez sessões), por meio da palpação vaginal bidigital (avaliação da força), eletromiografia (EMG) intravaginal e o FSFI. As participantes foram submetidas a dez sessões de TMAP em diferentes posições, realizadas de uma a duas vezes/semana, durante 50 min. Os exercícios foram enfatizados em dez posições: decúbito dorsal, lateral e ventral; na posição de quatro apoios; sentada na cadeira e na bola; e em pé de frente ao espelho. Sendo solicitadas, para cada posição, cinco contrações rápidas e cinco contrações lentas

sustentadas por dez segundos, com um período de relaxamento de dez segundos entre cada contração, totalizando ao final de cada sessão cerca de cem contrações. As autoras observaram melhoria significativa dos escores do FSFI ao final do tratamento quando comparado as avaliações iniciais e intermediárias. Em relação à EMG, as amplitudes das contrações rápidas e lentas aumentaram significativamente ao longo do tratamento, houve aumento na força do assoalho pélvico, com 69% das mulheres apresentando grau 4 ou 5 na avaliação final e melhora total das queixas sexuais. No FSFI os escores médios das pacientes na avaliação inicial eram de 18,5, passaram para 25 na quinta sessão e a média foi superior a 30 na última sessão. No geral a intervenção resultou na melhora da força muscular e amplitudes de contração pela EMG, com indicação na progressão da função sexual, significando que essa abordagem terapêutica pode ser preconizada no tratamento das disfunções sexuais femininas.

Liebergall-Wischnitzer et al.¹⁸ [B], como o objetivo de avaliar a eficácia de um novo método chamado Método Paula (exercícios musculares circulares), comparou-o com o TMAP na função sexual e qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária por esforço. Para esse estudo, 126 mulheres foram divididas em grupo do método Paula (66), realizado durante 12 semanas em sessões individuais de 45 minutos, uma vez por semana totalizando 12 sessões; e o grupo TMAP (60) que foi submetido a 12 semanas de intervenção, sendo as sessões realizadas em grupos de até 10 participantes, com duração de 30 minutos, uma vez por semana durante quatro semanas, mais duas sessões adicionais tendo três semanas de intervalo entre elas, totalizando seis sessões individuais. Cada sessão do TMAP ocorria a identificação dos músculos elevadores do ânus, contração e relaxamento, seguido de contrações sustentadas e contrações rápidas com 10 segundos de diferença entre as contrações com um a dois minutos de intervalo entre os exercícios. Todos os exercícios podiam ser feitos sedestação, decúbito, ortostatismo ou durante a marcha. Após o período de intervenção os autores observaram que a disfunção sexual pelo FSFI melhorou significativamente nos dois grupos; nos escores de qualidade de vida não observaram diferença significativa entre os grupos. Houve uma correlação significativa entre a média do escore disfunção sexual e a média da pontuação de qualidade de vida após as intervenções. Também foi observada correlação significativa entre o escore do Pad Test a função sexual em ambos os grupos pós-intervenção. Este estudo demonstrou a eficácia dos dois métodos de exercício sobre disfunção sexual e qualidade de vida em mulheres que sofrem de incontinência urinária por esforço.

Já Mohktar et al.¹⁹ [A] quantificaram por eletromiografia (EMG) a função sexual das mulheres que realizaram um protocolo de exercícios de para os MAP. Para isso foram avaliadas 12 mulheres, divididas aleatoriamente para um grupo controle (n=6), que não recebeu nenhum tratamento, e um intervenção (n=6) submetido ao TMAP. As participantes foram convidadas a responder o Questionário Prolapso de Órgãos Pélvicos/Incontinência Urinária e Função Sexual (PISQ-12), além de serem submetidas a medições eletromiográficas dos MAP e músculos abdominais. EMG também foram realizadas os TMAP, por meio de eletrodos de superfície posicionados sobre os músculos oblíquo externo esquerdo e direito. Para a execução do TMAP as voluntárias foram convidadas a realizar a contração máxima durante cinco segundos e depois contração por 10 segundos, durante 30 min ao dia, três vezes por semana. Após oito semanas, a maioria dos indivíduos do grupo controle não exibiram qualquer diferença positiva em relação a força muscular. No entanto, observou-se uma diferença progressiva em indivíduos que foram submetidos ao TMAP, em relação especialmente à função sexual, e a resistência dos músculos abdominais e do assoalho pélvico. Os autores concluíram que a medição por EMG é uma técnica potencial para quantificar as alterações na função sexual feminina e que os TMAP proporcionam, de fato, melhoria funcional observável da contração dos MAP, o que influencia significativamente a função sexual feminina.

No ano seguinte Lucio et al.²⁰ [B] avaliaram o impacto de um programa de reabilitação no tratamento dos sintomas do trato urinário inferior e disfunção sexual das mulheres com esclerose múltipla (EM). Trinta mulheres com diagnóstico de EM foram alocadas aleatoriamente em três grupos: TMAP auxiliado por biofeedback eletromiográfico e eletroestimulação neuromuscular (ENM) sham sacral (G1), TMAP com biofeedback eletromiográfico e ENM intravaginal (G2) e TMAP com biofeedback eletromiográfico e estimulação transcutânea do nervo tibial (ETNT) (G3). Foram realizadas avaliações antes e depois do tratamento, quanto à função e atividade dos MAP, a flexibilidade da abertura do hiato urogenital, a capacidade de relaxamento dos MAP e a função sexual pelo FSFI. Para todos os grupos foram realizadas 12 semanas de intervenção, duas vezes por semana, com duração de 30 minutos cada sessão. O G1 recebeu tratamento mediante a um par de elétrodos de superfície sobre o sacro, largura de pulso de 50 μ s, frequência de 2 Hz, tempo de 2 segundos de trabalho com 60s de repouso durante 30 minutos se sessão. Após, as participantes foram instruídas sobre como realizar uma contração dos MAP sem co-contrações do quadril ou musculatura glútea. O biofeedback foi realizado por sonda vaginal com intuito de auxiliar e motivar as participantes. O G2

recebeu ENM intravaginal com largura de pulso de 200 μ s ao nível dos elevadores do ânus, com frequência de 10 Hz, por 30 minutos. As voluntárias do G3 passaram pela ETNT, sendo utilizado um par de eletrodos auto-adesivos, onde um eletrodo foi aplicado abaixo do maléolo medial esquerdo e o outro a 5 centímetros acima, sob largura de pulso de 200 μ s, e frequência de 10 Hz, durante 30 minutos. Após o tratamento, todos os grupos apresentaram melhoria em todos os parâmetros eletromiográficos da MAP, melhor flexibilidade da abertura do hiato urogenital, sendo os resultados mais modestos após a intervenção apenas para o Grupo 2. Todos os grupos melhoraram nos domínios excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo, apresentando melhoras mais modestas nos demais domínios.

No mesmo ano, Serati et al.²¹ [B], propuseram um tratamento conservador para IUE e disfunção sexual feminina, onde 34 mulheres foram submetidas durante três meses de sessões de 45 minutos em sessões semanais e mais três séries diárias de exercícios domiciliares seguindo o protocolo clínico. Exercícios de contração do assoalho pélvico foram realizados em decúbito, sedestação, ortostatismo e apoio poplíteo, sendo 8-12 contrações em cada posição, sustentadas por 6-8 segundos com tempo de repouso semelhante, seguidas de 3-4 contrações rápidas. Para as mulheres que se queixavam de dispareunia e dor perineal atenção especial foi colocada na fase de aumento da consciência do assoalho pélvico, melhorando a fase de relaxamento por meio da respiração diafragmática. No mesmo grupo foram adicionadas técnicas para músculos externos e internos do assoalho pélvico, incluindo massagem e alongamentos musculares para o músculo bulbocavernoso, liberação de pontos gatilho e terapia de ultrassom para aderências cicatriciais. Ao final os autores observaram que a pontuação do FSFI melhorou significativamente após o TMAP, demonstrando-se objetivamente que o trabalho de contração do MAP, sem o uso de estimulação elétrica, pode melhorar a função sexual em mulheres com incontinência urinária de esforço.

Ainda no mesmo ano Eftekhari et al.²² [A], em ensaio randomizado controlado de 90 pacientes com idade entre 25-55 anos, com a história positiva de disfunção sexual e prolapso genital de graus um ou dois. O Grupo A (n=45) recebeu reparação da retocele por perineorafia; o grupo B (n=45) recebeu fisioterapia durante oito semanas, duas vezes por semana, seguindo um protocolo de estimulação elétrica com fins proprioceptivos e TMAP com contrações rápidas e lentas, três vezes por dia, com 6-8 segundos de contrações e 6 segundos de descanso entre elas, além de exercícios domiciliares, que foram orientados a serem efetuados ao longo da vida, mantendo a eficácia do

tratamento e a qualidade de vida. O FSFI foi utilizado para mensuração da disfunção sexual de ambos, o que foi comparado antes e depois da intervenção. O estudo observou que a libido e a excitação foram melhoradas em ambos os grupos, mas orgasmo e dispareunia foram melhoradas apenas no grupo que recebeu a fisioterapia.

Recentemente Sun Z et al.²³ [B] estudaram o tratamento do assoalho pélvico no pós-parto, onde um grupo de 200 mulheres com mais de seis meses pós-parto recebeu intervenção por estimulação elétrica neuromuscular mais terapia por biofeedback, duas vezes por semana durante quatro semanas, totalizando oito sessões com duração de 20 minutos cada. Na primeira e segunda semana a frequência foi de 8-33 Hz, largura de pulso de 320-740 μ s; na terceira e quarta semana a frequência foi de 20-80 Hz, largura de pulso de 20-320 μ s. O Grupo controle foi composto por 124 mulheres orientadas na sexta semana de pós-parto a realizar em domicílio exercícios para os MAP, por um período de quatro semanas, duas vezes por semana. Todas as mulheres foram reavaliadas seis meses e um ano após o parto, por meio de exames clínicos e eletrofisiológicos do MAP, POP-Q, questionário de qualidade de vida (PFIQ-7) e Questionário Prolapso de Órgãos Pélvicos/Incontinência Urinária e Função Sexual (PISQ-12). Ao final os autores descreveram diferença estatística significativa nos índices eletriofisiológicos do assoalho pélvico entre os grupos nos períodos de seis e 12 meses do pós-parto; a força dos MAP no grupo de tratamento melhorou significativamente em comparação com o grupo controle. Os outros pontos não foram significativamente diferentes e não houve diferença significativa nos questionários de qualidade de vida e qualidade de vida sexual.

Já Braekken et al.²⁴ [A] afirmou que o TMAP pode melhorar a função sexual em mulheres, aumentando significativamente a força e resistência muscular do assoalho pélvico feminino em mulheres com prolapso graus 1, 2 ou 3. As participantes preencheram um questionário específico para avaliação de prolapso de órgãos pélvicos, o POP-Q, proposto pela Sociedade Internacional de Continência e responderam a uma entrevista semi-estruturada. As mulheres foram alocadas em dois grupos: 50 mulheres no grupo de intervenção, onde foram realizados seis meses de TMAP, com três séries de 8-10 contrações e aconselhamento de estilo de vida; e grupo controle onde 59 mulheres receberam unicamente aconselhamento sobre o estilo de vida. Eles observaram que não houve diferença significativa entre os grupos em relação à mudança na satisfação e na frequência das relações sexuais, mas os dados das entrevistas revelaram que 39% das mulheres do grupo TMAP tiveram melhora da função sexual contra 5% no grupo controle. Houve também diferença significativa

quanto à força e consciência do assoalho pélvico, além de melhora da autoconfiança e a sensação de uma vagina "mais apertada", bem como para os domínios desejo, orgasmo e dor na relação sexual, o que proporcionou maior satisfação sexual também para os parceiros. Mulheres que descreveram melhora da função sexual demonstram maiores aumentos na força e resistência dos MAP.

Ainda, Sacomori e Cardoso²⁵ [B] descreveram que os TMAP são satisfatórios para a melhora da qualidade de vida sexual feminina, ao avaliarem os preditores de melhora da função sexual feminina após um período de intervenção de exercícios musculares para os MAP em caráter domiciliar, no tratamento da IU em 54 mulheres. Foram avaliadas a função sexual das voluntárias e, em seguida, realizadas três sessões de fisioterapia supervisionada, que incluiu exercício da musculatura do assoalho pélvico, sendo 20 repetições de contração submáxima mantida por até 10 segundos e 20 repetições de contrações máximas e em seguida relaxamento de mesma duração, exercícios de consciência corporal na frente do espelho, biofeedback intracavitário e educação sobre a condição durante um mês, com um intervalo de 15 dias entre cada sessão, sendo orientado que elas continuassem a praticar o TMAP em casa por mais dois meses. A função sexual foi avaliada através do Quociente Sexual Feminino (QS-F), a força muscular do assoalho pélvico foi medida usando a escala de Oxford modificada, e a UI foi avaliada usando o International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). As avaliações foram realizadas no início e após três meses no final das intervenções. A média de pontuação do quociente sexual melhorou após o tratamento, sendo que a melhora foi observada apenas nos domínios desejo, excitação e orgasmo. Antes do tratamento, 18 mulheres foram classificadas com disfunção sexual, após o tratamento apenas 8 permaneceram nesta situação aquelas mulheres que tinham disfunção sexual no início do estudo tiveram um maior nível de melhoria no quociente sexual em comparação com aqueles sem disfunção sexual. A regressão logística revelou como preditores de melhora do quociente sexual a maior paridade, maior aderência ao TMAP, melhor força dos MAP e diminuição na frequência de IU.

Por fim Brotto et al.²⁶ [B] avaliaram 132 mulheres com diagnóstico de disfunções do assoalho pélvico em um tratamento hospitalar de 10 semanas no programa multidisciplinar de vulvodínia (PMV). Para submissão na pesquisa, algumas medições foram realizadas através de questionários. As características demográficas, dor, idade, status de relacionamento, educação e etnia foram obtidos através de um questionário padrão que foi desenvolvido pelos pesquisadores para os participantes PMV; a função sexual foi avaliada pelo FSFI; também foi introduzido no estudo o Feminino

Scale Sexual Distress-FSDS e a Escala dyadic Adjustment (DAS). Todas as mulheres foram avaliadas por um ginecologista que realizou um histórico médico e um exame ginecológico que consistia de inspeção da genitália externa e interna e teste de sensibilidade da vulva e vestibulo realizado com cotonete. O tratamento multidisciplinar se deu por médico ginecologista que realizou uma palestra educacional introdutória abordando o tema medicina sexual e dor genital; por psicólogo que também realizou uma palestra educativa abordando o tema impacto da dor genital na excitação, satisfação e desejo sexual e também realizou três sessões individuais focadas em habilidades psicológicas; e fisioterapeuta, que administrou três sessões com orientações sobre os MAP, biofeedback de superfície, relaxamento pélvico e uso de cones vaginais, bem como exercícios para os MAP orientados para casa. Com o tratamento, um pouco mais de metade da amostra (53,8%) relatou melhoras significativas na diminuição da dispareunia e ansiedade relacionada com o sexo, bem como melhora no desejo sexual, lubrificação, função orgástica e satisfação sexual, indicando que o tratamento multidisciplinar pode ter influência positiva na melhora da função dos músculos do assoalho pélvico, melhorando assim a função sexual e dispareunia de mulheres.

DISCUSSÃO

O presente artigo objetivou descrever os tratamentos fisioterapêuticos utilizados na melhora das disfunções orgásticas femininas. A primeira observação importante foi a escassez de ensaios clínicos, em oposição a demais estudos, como estudos de caso e especialmente artigos de revisão. De um total de 314 estudos retornados das buscas apenas 15 eram ensaios clínicos, o que demonstra a fragilidade das evidências sobre o tema, e a necessidade mais que urgente de ensaios clínicos testando as técnicas disponíveis para disfunções do orgasmo.

De um modo geral teve destaque a cinesioterapia para o assoalho pélvico por meio dos exercícios do assoalho pélvico por técnicas manuais intracavitárias. Descreveram sucesso no tratamento de disfunções orgásticas Wurn et al.¹², Eftekhar et al.²² e Braekken et al.²⁴, no entanto as mulheres do estudo de Wurn e colegas apresentavam dispareunia concomitantemente à disfunção orgástica, enquanto as amostras de Eftekhar e Braekken apresentavam dispareunia e prolapso associados.

Estes estudos demonstraram ser comum que disfunções pélvicas estejam atreladas entre si,

em particular a dispareunia e as disfunções orgásticas, sendo que a fisioterapia pélvica apresentou influência positiva na melhoria de ambas as desordens. Quanto às mulheres com POP, estas também tendem a apresentar sintomas relacionados a disfunção sexual, impactando ainda mais a já fragilizada qualidade de vida. Mas mesmo nestes casos as técnicas fisioterapêuticas melhoram a saúde muscular do assoalho pélvico e, desta forma, influenciaram positivamente os sintomas traduzidos pelos POP e disfunções orgásticas.

Ainda não está completamente claro o mecanismo pelo qual a fisioterapia pélvica, e particularmente os exercícios do assoalho pélvico por terapia manual intracavitária, são capazes de influenciar positivamente as disfunções sexuais, em particular, as orgásticas. Mas Braekken et al.²⁴ descreveram resultados significativos no ganho de força, resistência e consciência da musculatura do assoalho pélvico, sugerindo ser estas alterações as responsáveis pelo efeito positivo sobre as disfunções do orgasmo. Corroboram destas conclusões o clássico estudo de Piassaroli et al.¹⁷, estudando o efeito da fisioterapia pélvica sobre diversas disfunções sexuais femininas.

Por outro lado, alguns estudos nos fazem crer que outras formas de tratamento, não fisioterapêutico, apresentem pouca relevância no tratamento das disfunções orgásticas em mulheres, como é o caso dos resultados apresentados por Eftekhar et al.²² que repararam a retocele por perineorafia e observaram que não houve melhora do orgasmo nesse grupo. Deste modo indicia-se que não seja o prolapso o causador da disfunção sexual, uma vez que corrigido o problema persiste, mas a falência do assoalho pélvico, associada ao prolapso e à disfunção sexual²⁷. Pode ser que a cirurgia, por não estar atrelada ao TMAP, não proporcione à paciente as funcionalidades necessárias para melhorar a função sexual. Por certo, novos estudos são necessários ao esclarecimento definitivo desta questão. Seguindo este raciocínio, observamos que quando outros tratamentos não fisioterapêuticos são realizados em conjunto com a fisioterapia, os resultados positivos na melhora do orgasmo se evidenciam. São exemplos o estudo de Brotto et al.²⁶, com tratamento multidisciplinar com ginecologista, psicólogo e fisioterapeuta em 132 mulheres com dispareunia e disfunção orgástica e obtiveram resultados positivos na melhora dos domínios da função sexual feminina, incluindo o orgasmo.

Quanto às diferentes técnicas fisioterapêuticas utilizadas, nenhuma foi superior ao TMAP. Afora os já citados estudos de Eftekhar e Braekken, também utilizaram TMAP Zahariou et al.¹⁵, Citak et al.¹⁶, Piassaroli et al.¹⁷, Mohktar et al.¹⁹, Lucio et al.²⁰, e mais recentemente Sacomori e Cardoso²⁵,

todos com resultados positivos sobre os sintomas orgásticos.

Zahariou et al.¹⁵, utilizaram o TMAP em 58 mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) e observaram que a técnica foi eficaz na melhora das disfunções sexuais femininas nos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Resultados semelhantes foram descritos por Citak et al.¹⁶ em 37 primíparas em pós-parto vaginal imediato, que além de melhorarem a função sexual nos mesmo domínios que Zahariou et al.¹⁵ descreveram melhora, Citak et al.¹⁶ descrevem ainda melhora da força dos músculos do assoalho pélvico das voluntárias, de modo quase idêntico aos resultados descritos por Piassarolli et al.¹⁷, que trataram 26 mulheres com diagnóstico de disfunção sexual, melhorando progressivamente a força e função do assoalho pélvico e a função orgástica.

Mohktar et al.¹⁹ buscaram quantificar os efeitos do TMAP através por medições eletromiográficas de superfície em mulheres que apresentavam disfunção sexual, fortalecendo ainda mais o reconhecimento dos TMAP na melhora dos domínios da função sexual feminina, bem como na força muscular do assoalho pélvico e musculatura acessória. Ainda trabalhando com a técnica de TMAP, Serati et al.²¹, também buscaram entender os efeitos do TMAP na disfunção sexual mulheres que sofriam de IUE a partir do TMAP, acrescidos de massagem e alongamentos musculares para o músculo bulbocavernoso, liberação de pontos gatilho e terapia de ultrassom para aderências cicatriciais nas mulheres que sofriam de dores na região pélvica, descrevendo resultados positivos no domínio orgasmo. Lucio et al.²⁰, utilizaram o TMAP auxiliado por biofeedback eletromiográfico e eletroestimulação sacral, intravaginal e transcutânea do nervo tibial em mulheres com esclerose múltipla que apresentavam sintomas do trato urinário inferior e disfunção sexual, descrevendo que todas melhoraram nos parâmetros eletromiográficos da musculatura do assoalho pélvico e em todos os domínios referentes a função sexual.

Todos estes achados mostram coerência nos resultados dos do TMAP para a disfunção do orgasmo, apontada assim como técnica confiável a ser utilizada com o objetivo de melhorar a função sexual de mulheres que sofrem com algum tipo de disfunção sexual, em especial a orgástica. Apesar dos resultados e metodologias distintas, é consistente a evidência de que a fisioterápica pélvica baseada em especial no TMAP melhora os domínios da função sexual de mulheres, mesmo quando a disfunção sexual está associada a outros tipos de disfunção do assoalho pélvico.

Na contramão destes resultados, um estudo apontou que o TMAP não melhorou de forma significativa a função sexual feminina²⁵.

Porém, nesse estudo foram realizadas apenas três sessões em consultório, com intervalo de 15 dias entre elas, sendo o tratamento restante consistindo de orientações para exercícios em domicílio não supervisionados, de modo que a dosagem do tratamento fisioterapêutico pode ter sido abaixo do necessário ou, ao menos, inferior aos descritos pelos outros autores supracitados, onde os resultados foram significativos.

Por fim Liebergall-Wischnitzer et al.¹⁸ propuseram um novo método chamado Paula para o tratamento da disfunção sexual feminina, e compararam ele ao TMAP em mulheres que sofriam de incontinência urinária, concluindo que o método Paula, quando comparado ao TMAP, proporcionam resultados semelhantes na função sexual. Contudo, deve-se levar em consideração que Liebergall-Wischnitzer et al.¹⁸ realizaram o dobro de sessões no grupo de mulheres do método Paula comparado com o grupo do TMAP, além disso, as mulheres do método Paula foram submetidas a sessões semanais e individuais, em contrapartida, as mulheres do TMAP realizaram as sessões em grupos, com intervalo que chegavam até um mês entre elas. E ainda, as sessões do método Paula tinham durações maiores que as realizadas com o TMAP, de modo que, em análise imparcial e de última instância, se os resultados mesmo assim foram semelhantes entre os dois grupos, o TMAP foi superior ao método Paula.

Outra técnica descrita foi a eletroestimulação. Dois estudos utilizando essa técnica foram encontrados nesta revisão. Giuseppe et al.¹⁴ e Sun Z et al.²³ investigaram sobre a ação da Estimulação Elétrica Transvaginal (EET) e da Estimulação Elétrica Neuromuscular (EEN), respectivamente, na função sexual de mulheres. Giuseppe et al.¹⁴ utilizando a EET no tratamento de IU e DSF, obtiveram melhora em ambas disfunções, destacando que as mulheres que sofriam da DSF tiveram melhora nos domínios excitação, lubrificação, orgasmo, desejo e dor, apontando a EET, um exercício passivo para a musculatura do assoalho pélvico, como adjuvante no tratamento de disfunções sexuais femininas, por exemplo, para como opção para mulheres com grau zero de força muscular do assoalho pélvico sendo incapazes de realizar o TMAP.

Já no estudo mais recente de Sun Z et al.²³ a EEN associada ao biofeedback utilizadas em mulheres em pós-parto imediato, demonstrou não ser eficiente na melhora da função sexual feminina. Em contrapartida, a técnica demonstrou ser eficaz na melhora dos índices eletrofisiológicos do assoalho pélvico e na força muscular do assoalho pélvico.

Desta forma, quando são comparados o estudo de Citak et al.¹⁶ ao de Sun Z et al.²³, pode-se

dizer que no pós-parto imediato a melhor opção de tratamento para obter melhora da função sexual é, sem novidade, o TMAP.

E por fim, no estudo piloto de Schroder et al.¹³, eles propuseram avaliar a eficácia de um aparelho clitoriano na disfunção sexual de mulheres com câncer do colo do útero. E o resultado foi satisfatório em todos os domínios da função sexual, mas não foi encontrado o estudo principal sobre este dispositivo, mesmo passados 15 anos do piloto, o que levanta dúvidas a respeito destes resultados.

CONCLUSÃO

Apesar da grande variabilidade de técnicas e protocolos utilizados no tratamento das disfunções do orgasmo feminino, a fisioterapia pélvica a partir especialmente do TMAP, que deve ser hoje considerado não apenas uma opção no tratamento das disfunções do orgasmo feminino, mas a primeira opção, por se tratar de uma modalidade eficaz, sem riscos potenciais e sem efeitos colaterais: padrão ouro de tratamento. Além de proporcionar melhoria na função sexual, essa técnica é eficaz no ganho de força muscular do assoalho pélvico, o que pode propiciar outros ganhos na saúde do assoalho pélvico e, assim, diretamente sobre comorbidades do assoalho pélvico.

Além disso, não é novidade a importância da fisioterapia pélvica no tratamento das disfunções do assoalho pélvico, fazendo-se necessária a implantação do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar para a saúde feminina, tornando-se necessário o conhecimento de sua função pelos demais profissionais da área da saúde para que possa inserir as mulheres aos cuidados desse profissional. Porém, a fisioterapia pélvica é uma especialidade ainda recente na pesquisa científica, necessitando validação das técnicas já conhecidas e focando melhor a diversidade destas técnicas para otimização dos resultados, também para as centenas de milhares de mulheres sofrendo com disfunções do orgasmo, problema que impacta negativamente de forma significativa a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Social science methods for research on sexual and reproductive health. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44805/1/9789241503112_eng.pdf Acesso em: 17 de outubro de 2016.
2. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca, 1984.

3. Mendonça C, Silva T, Arrudai J, Zapata M, Amaral W. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*. 2012; 40(4): 195-202.
4. Nobre P. *Psicologia Clínica. As disfunções sexuais*. Ed.3. Editora Climepsi Editores, 2005.
5. Lara LAS, Silva ACJR, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2008; 30(6): 312-321.
6. Lewis RW, Fugl-meyer KS, Bosch R, Fugl-meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2004; 1(1): 35-39.
7. Hayes R, Dennerstein L, Bennett C, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*. 2008; 5(7): 1681–1693.
8. Cavalcanti RC, Cavalcanti MI. *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. São Paulo: Roca; 1992.
9. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos DSM-5*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 948: 2014.
10. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista Neurociência*. 2010; 18(2) : 267-274.
11. Camargos AF. O significado do grau de recomendação e força de evidência A da classificação da Associação Médica Brasileira. *FEMINA*. 2010; 38(2) : 59-62.
12. Wurn LJ, Wurn BF, Shuster JJ. Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique. *MedGenMed*. 2004; 6(4) : 47.
13. Schroder M, Mell LK, Hurteau JA, Collins YC, Rotmensch J, Waggoner SE, et al. Clitoral therapy device for treatment of sexual dysfunction in irradiated cervical cancer patients. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2005; 61(4) : 1078–1086.
14. Giuseppe PG, Pace G, Vicentini C. Sexual function in women with urinary incontinence treated by pelvic floor transvaginal electrical stimulation. *Journal of Sexual Medicine*. 2007; 4: 702-707.
15. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 2008; 19: 401–406.
16. Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, et al. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor Muscle exercises. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2010; 89: 817–822.
17. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010; 32(5) : 234-40.
18. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Celnikier DH, Lavy Y, Manor O, Wruble ACW. Sexual Function and Quality of Life of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial Comparing the Paula Method (Circular Muscle Exercises) to Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) Exercises. *Journal of Sexual Medicine*. 2012; 9: 1613-23.

19. Mohktar MS, Ibrahim F, Omar SZ. Quantitative approach to measure women's sexual function using electromyography: a preliminary study of the Kegel exercise. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research.* 2013; 19: 1159-66.
20. Lucio AC, D'ancona CA, Lopes MH, Perissinotto MC, Damasceno BP. The effect of pelvic floor muscle training alone or in combination with electrostimulation in the treatment of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal.* 2014; 20(13) : 1761-8.
21. Serati M, Braga A, Carmela MDID, Sorice P, Peano E, Biroli A, et al. Benefit of Pelvic Floor Muscle Therapy in Improving Sexual Function in Women With Stress Urinary Incontinence: A Pretest–Posttest Intervention Study. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2014; 41(3) : 254-26.
22. Eftekhar T, Sohrabi M, Haghollahi F, Shariat M, Miri E. Comparison effect of physiotherapy with surgery on sexual function in patients with pelvic floor disorder: A randomized clinical trial. *Iranian Journal Reproductive Medicine.* 2014; 12(1): 7-14.
23. Sun Z, Zhu L, Lang J, Zhang Y, Liu G, Chen X, et al. Postpartum pelvic floor rehabilitation on prevention of female pelvic floor dysfunction: a multicenter prospective randomized controlled study. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2015; 50(6) : 420-7.
24. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Karl B. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *Journal of Sexual Medicine.* 2015; 12: 470–480.
25. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis. *Journal of Sexual Medicine.* 2015; 12: 746–755.
26. Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *Journal of Sexual Medicine.* 2015; 12: 238–247.
27. Delancey JOL. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: Achieavable goals for improved prevention and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 2005; 192: 1488-95.