

Manobra do Ligamento Largo sobre a Dor e Desejo Sexual no pós-parto remoto: relato de caso



Camilly Soares Barbosa¹ & Emanuely Piacieski Holovati²

RESUMO

Panorama: Gestação e o puerpério promovem diversas alterações que podem impactar diretamente a função sexual feminina, favorecendo o surgimento de disfunções. **Objetivo:** Investigar a disfunção sexual dolorosa e do desejo em uma mulher no puerpério remoto, por meio da aplicação da Manobra do Ligamento Largo (MLL), técnica manual de liberação miofascial utilizada na fisioterapia pélvica. **Método:** Estudo de caso observacional na Policlínica Guairacá, com uma participante submetida a seis sessões da intervenção. Coleta de dados por meio dos questionários FSFI e da Escala Curta de Avaliação Funcional do Desejo Sexual Feminino, aplicados antes e após o tratamento. **Resultados:** Os resultados demonstraram melhora significativa em todos os domínios do FSFI, com aumento do escore total de 13,4 para 32,5 pontos. Na Escala Curta, observou-se redução do grau 4 (desejo ausente) para grau 0 (desejo espontâneo). Ambos indicando melhora significativa na função sexual da paciente. **Conclusão:** A MLL foi eficaz na melhora da função sexual, do desejo e na redução da dor durante a relação sexual, evidenciando o papel relevante da fisioterapia pélvica no cuidado pós-parto e na promoção da saúde sexual.

ABSTRACT

Panorama: Pregnancy and the postpartum period promote several changes that can directly impact female sexual function, favoring the emergence of dysfunctions. **Aims:** To investigate painful sexual dysfunction and decreased desire in a woman in the remote postpartum period, through the application of the Broad Ligament Maneuver (BLM), a manual myofascial release technique used in pelvic physiotherapy. **Method:** Observational case study at the Guairacá Polyclinic, with one participant undergoing six sessions of the intervention. Data collection was performed using the FSFI questionnaire and the Short Scale of Functional Assessment of Female Sexual Desire, applied before and after treatment. **Results:** The results demonstrated significant improvement in all domains of the FSFI, with an increase in the total score from 13.4 to 32.5 points. In the Short Scale, a reduction from grade 4 (absent desire) to grade 0 (spontaneous desire) was observed. Both indicate a significant improvement in the patient's sexual function. **Conclusion:** MLL was effective in improving sexual function, desire, and reducing pain during intercourse, highlighting the relevant role of pelvic floor physiotherapy in postpartum care and the promotion of sexual health.

Submissão: 20/04/2026

Aceite: 25/05/2026

Publicação: 01/06/2026

INTRODUÇÃO

A gravidez é um estado fisiológico acompanhado de muitas transformações na vida da mulher, sejam elas físicas, hormonais ou psicológicas. Dentre as mudanças físicas mais evidentes, encontra-se o aumento da barriga, aumento de peso corporal e do tamanho das mamas (Alves; Bezerra, 2020). A mulher apresenta também alterações emocionais como medo e ansiedade perante as expectativas sobre qual tipo de parto irá escolher, podendo ser por via vaginal, considerada mais saudável e com facilidade na recuperação ou via cesariana, descrita com características divergentes ao parto normal, contudo, com possibilidade de planejamento para o nascimento do bebê¹. Ainda assim, as variações hormonais e psicológicas são uma realidade para a mulher seja qual for a via de parto escolhida, impactando em sua libido e autoestima, o que pode afetar diretamente seu desempenho sexual e qualidade de vida² uma vez que a sexualidade é indicadora de bem-estar individual, de acordo com a Organização Mundial de Saúde³.

O puerpério é o período de recuperação pós-parto, iniciado imediatamente após a saída da placenta, período em que os órgãos começam a voltar para seu tamanho e local de origem, em exceção as mamas que continuam no mesmo tamanho em função da amamentação⁴. O puerpério pode ser classificado em três tipos: o puerpério imediato abrange desde o parto até o 10º dia, o puerpério tardio do 11º ao 45º dia e o puerpério remoto tem início após o 46º dia, com término imprevisível, pois dependerá da plena recuperação das alterações imprimidas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais normais⁵. Durante esse período o nível elevado do hormônio prolactina, responsável pela produção do leite materno, promove diminuição dos hormônios estrogênio e progesterona, importantes na função da libido e excitação, na elasticidade e viscosidade da mucosa vaginal. Com o impacto hormonal, a disfunção sexual (DS) é uma realidade para muitas mulheres, se tornando um problema de saúde pública, visto que, atinge seu pico de incidência no pós-parto⁵.

Mudanças como o aumento do peso e do útero gravídico durante a gestação sobrecarregam o MAP (Musculatura do Assoalho Pélvico), causando hiperatividade muscular, principal estrutura para a função sexual da mulher⁴. Diante de todas essas alterações, a puérpera apresenta como principal disfunção sexual, a dor⁶, caracterizada principalmente por alterações musculares, atingindo de 24,0% a 85,7% das mulheres após o parto⁷.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a dor genital pode ser classificada em dois tipos principais: dor genital tipo 1, de origem muscular e

alterações morfofuncionais no assoalho pélvico (s620_7_) e na estrutura muscular (s7402_7), podendo representar contraturas ou pontos-gatilho; e a dor genital tipo 2 de origem conectiva, também envolvendo o assoalho pélvico (s620_7_), mas mais associada a disfunções nas fâscias ou ligamentos (s7403_7), originando fibroses de tecido conjuntivo. Independente do caso, os qualificadores indicam a severidade da disfunção, alteração tecidual e o local específico acometido no assoalho pélvico⁸. Ambas as disfunções são relatadas pelas pacientes como uma dor que incapacita o ato sexual parcialmente ou totalmente⁹, descrita como sensação de rasgadura e/ou agulhadas no local⁸.

Nesse sentido, uma anamnese abrangente e avaliação física são de suma importância para traçar um plano de tratamento fisioterapêutico eficaz. A avaliação da função sexual é complexa pois a sexualidade envolve fatores multidimensionais, relacionados a condições interpessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais¹⁰. A ferramenta para o diagnóstico de disfunção sexual feminina mais adequada e amplamente utilizada atualmente é o questionário de autoavaliação Female Sexual Function Index (FSFI), constituído por 19 questões de autoanálise que medem, de forma quantitativa, a função sexual da mulher nas últimas 4 semanas, as perguntas abordam os seguintes domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor¹¹.

Outro instrumento para avaliar o desejo sexual é a Escala Curta de Avaliação Funcional do Desejo Sexual Feminino, graduada de 0 a 4, sendo 0 ausência de disfunção, e 4 presença de disfunção grave. Após realizar uma reflexão sobre seu desejo, a paciente escolhe o grau que melhor representa seu estado atual¹¹, bem como a Avaliação Física Funcional do Assoalho Pélvico, realizada para testar mobilidade, força, resistência e flexibilidade do MAP superficiais e profundos, através de observação visual e palpação manual¹².

Atualmente, o tratamento focado na reabilitação da função sexual feminina consiste em técnicas de liberação miofascial manual ou com auxílio de instrumentos, manobra de Respiração Diafragmática do LPF, manobra de Liberação Miofascial Manual Externa da Porção Infra Umbilical da Parede Abdominal Anterior, e técnicas de Liberação Manobra do Ligamento Largo (MLL). Essa manobra visa mobilizar estruturas miofasciais pélvicas profundas, realizada de forma combinada com as mãos, sendo uma mão posicionada externamente acima da região inguinal tracionando a parte miofascial das paredes abdominal e a mão dominante posicionada intravaginal mobilizando a região dos ligamentos pericervicais, ligamento largo e redondo. Ela proporciona a mobilização tanto de

fáscias parietais quanto viscerais, favorecendo o equilíbrio postural e funcional do Assoalho Pélvico^{13,14}.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é investigar a disfunção sexual dolorosa e baixo desejo sexual através do questionário FSFI e da Escala Curta do Desejo Sexual Feminino, em uma puérpera com 22 meses pós-parto, utilizando a técnica de liberação miofascial da Manobra Ligamento Largo (MLL).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso observacional descritivo, conduzido com uma participante do sexo feminino, 21 anos. A paciente apresenta 22 meses de pós-parto, tendo vivenciado apenas uma gestação, e relata sintomas de dor e diminuição da libido desde aproximadamente o quarto mês gestacional. Atualmente faz uso do dispositivo intrauterino hormonal Mirena, não amamenta seu filho e permanece com queixas compatíveis com o quadro investigado. A participante também relatava, no momento anterior à intervenção, episódios de cólica menstrual intensa, irregularidade do ciclo, fluxo menstrual reduzido e sensação de repuxamento pélvico, referidos de forma recorrente nos meses anteriores ao estudo. Esses sintomas foram considerados na avaliação inicial para caracterização completa do quadro clínico.

A pesquisa foi desenvolvida na Policlínica Guairacá do curso de fisioterapia do Centro Universitário UniGuairacá, na cidade de Guarapuava, no período entre Setembro e Outubro de 2025, após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO (COMEP) sob o parecer N° 7.785.797.

Os critérios de inclusão abrangeram mulheres com idade entre 18 e 30 anos com até 24 meses pós-parto, independente da via, que fossem residentes da cidade de Guarapuava/PR. Quanto aos critérios de exclusão, mulheres que fizeram o procedimento de laqueadura, que realizaram histerectomia, mulheres que não conseguiram realizar a palpação intracavitária devido a dor ou qualquer outra limitação, ou que tenham HAS foram excluídas da amostra. O recrutamento das participantes ocorreu através de um convite por meio de divulgação nas redes sociais WhatsApp, Facebook e Instagram. Ao todo, quatro mulheres demonstraram interesse inicial em participar do estudo, contudo, uma delas desistiu antes do início da coleta de dados, a outra participante tinha

muita dor o que impossibilitava a palpação intracavitária e outra não atendeu aos critérios de inclusão estabelecidos. Dessa forma, apenas uma participante foi elegível, resultando na condução de um estudo de caso.

O atendimento foi iniciado com a apresentação do procedimento, sanando todas as dúvidas da paciente. Em seguida, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, foram aplicados os questionários de caracterização de amostra e questionário FSFI, onde as questões são respondidas em uma escala tipo Likert de cinco ou seis pontos, resultando em uma pontuação total que varia de 2 a 36 pontos, onde o índice total de funcionamento sexual provém do somatório de todas essas dimensões específicas, um escore igual ou superior a 26,5 pontos indica boa função sexual, e menor que 26,5 pontos indica presença de DS, e a Escala Curta de Avaliação Funcional da Disfunção do Desejo Sexual¹¹ graduada de 0 a 4, sendo 0 ausência de disfunção, e 4 presença de disfunção grave.

Todos os atendimentos foram marcados em horário pré-agendados, em uma sala privada, com uma maca higienizada para realização do procedimento. Em todas as sessões a participante foi posicionada em decúbito dorsal, seminua, em posição ginecológica e coberta por um lençol descartável. A técnica ocorreu de maneira intravaginal, através de liberação miofascial pela Manobra do Ligamento Largo¹⁴, até a dor inicial da paciente diminuir. Não foram empregadas outras técnicas fisioterapêuticas além da Manobra do Ligamento Largo, a fim de garantir a padronização e a reprodutibilidade do protocolo de intervenção. A participante foi submetida a 6 sessões, duas vezes por semana, com 1 hora de tratamento cada, no período entre Setembro e Outubro de 2025, conforme sua disponibilidade.

RESULTADOS

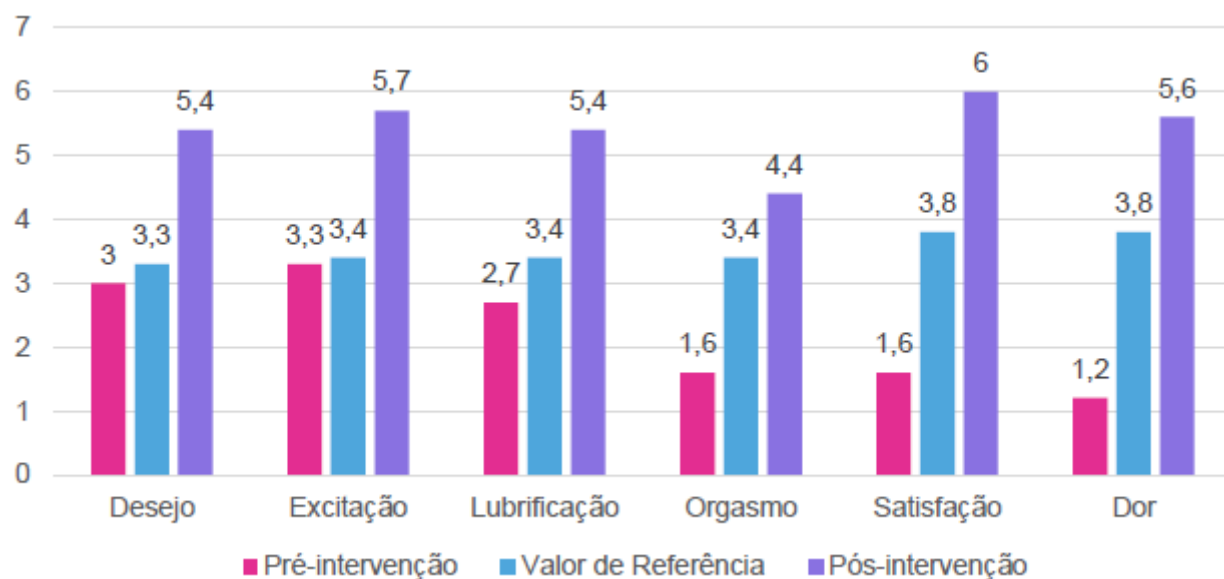
Durante a avaliação física inicial por palpação intracavitária a paciente relatou dor intensa, com pontuação de 10/10 na Escala Visual Analógica (EVA). Já na anamnese, o questionário FSFI indicou comprometimento significativo da função sexual em todos os domínios analisados, o escore total antecedente as sessões foram de 13,4 pontos, abaixo do valor de referência para função sexual normal (26,55), confirmando a presença de disfunção sexual feminina, com destaque para baixa pontuação em: orgasmo, satisfação e dor. A satisfação sexual apresentou valor reduzido (1,6), o

domínio dor obteve o menor escore (1,2), evidenciando presença significativa de dor durante a relação sexual, além da dificuldade acentuada em atingir o orgasmo (1,6). Observou-se também redução do desejo (3,0) e da excitação (3,3), acompanhada de baixa lubrificação (2,7).

Na primeira avaliação do desejo sexual pela Escala Curta de Avaliação da Disfunção do Desejo Sexual, a paciente optou pelo grau 4, classificado como desejo ausente, indicando comprometimento severo do interesse sexual e ausência de iniciativa para a atividade sexual.

Após a intervenção completa, uma nova avaliação foi aplicada. Observou-se melhora significativa em todos os domínios do FSFI, ultrapassando o valor de referência da normalidade (Gráfico 1).

Gráfico 1: FSFI pré e pós-intervenção com diferença de escores:



De forma complementar, a Escala Curta de Desejo apresentou redução do Grau 4 (desejo ausente) para Grau 0 (desejo espontâneo), evidenciando restauração completa do interesse sexual da participante desse estudo (Tabela 1). Além disso, a palpação intracavitária do canal não gerou dor localizada (de sensação dolorosa 10/10 na Escala EVA pré-manobra, para sensação dolorosa 0/10 na escala EVA pós-manobra). De maneira complementar aos escores obtidos, a paciente também apresentou melhora significativa de sintomas clínicos associados ao seu quadro inicial. As cólicas menstruais, previamente descritas como intensas, tornaram-se praticamente inexistentes após o protocolo de intervenção. Observou-se ainda aumento do fluxo menstrual em comparação ao padrão reduzido que a participante apresentava anteriormente, bem como o desaparecimento completo da sensação de repuxamento pélvico, relatada de forma recorrente na avaliação inicial.

De forma geral, a comparação entre os escores desse caso evidencia que a intervenção fisioterapêutica com a Manobra do Ligamento Largo melhora expressivamente a função sexual geral da mulher, capaz de restaurar o desejo espontâneo da paciente e melhorar a resposta sexual feminina em mais de um domínio do ciclo da resposta sexual feminina, conforme apresentado no Gráfico 1 e na Tabela 1.

Tabela 1: Escala Curta de Desejo Sexual pré e pós-intervenção.

	Pré-intervenção	Pós-Intervenção
Grau	4	0
Tipo de Sintoma	<p>DESEJO AUSENTE:</p> <p><i>Eu não sinto vontade de sexo. Nem mesmo durante o ato sexual ou quando sou penetrada. Se fosse por mim, eu preferia não fazer sexo.</i></p>	<p>DESEJO ESPONTÂNEO:</p> <p><i>Tenho vontade de sexo que me surge do nada, uma vez ou outra, mesmo sem que eu seja estimulada ou pense em algo erótico.</i></p>

DISCUSSÃO

É importante compreender como funciona a resposta sexual da mulher. O desejo sexual feminino, além dos aspectos relacionados à dor, deve ser compreendido de forma mais abrangente e multifatorial, e pode ser descrito como um misto de sentimentos que despertam o interesse subjetivo por estímulos ou atividades sexuais. Um estudo realizado através de revisões na literatura, mostra que a prevalência de mulheres com Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo (TDSH) na fase reprodutiva é de aproximadamente 67,2%¹⁵.

O aspecto psicossocial do Ciclo de Resposta Sexual Feminina advém de uma conexão entre corpo e mente e que nem sempre começa no desejo, excitação, orgasmo e termina na resolução, conforme aponta o modelo linear tradicional¹⁶. Diante disso, o modelo circular de resposta sexual, proposto por Rosemary Basson, ampliou o entendimento sobre o desejo sexual feminino mostrando que pode ser responsivo (surge ao estímulo sexual), mas nem sempre espontâneo (surge sem a necessidade de estímulo sexual). Essa perspectiva é relevante para compreender a função sexual no período pós-parto, tendo em vista alterações hormonais, emocionais e corporais⁴.

Já o ciclo de Basson da resposta sexual feminina é composto pelos principais componentes: neutralidade sexual, motivação para a intimidade, receptividade aos estímulos sexuais, desejo

responsivo e excitação, satisfação e retorno a intimidade. Nesse contexto, o sexo passa a ser visto como um processo dinâmico, influenciado por fatores psicológicos, relacionais e físicos¹⁷.

A disfunção sexual (DS) é reconhecida como um problema de saúde pública e tem se tornado cada vez mais frequente entre mulheres, com destaque para a disfunção dolorosa⁵. No presente estudo de caso, a paciente apresentou uma disfunção sexual significativa no puerpério remoto, corroborando com o prévio estudo por Oliveira, 2025, que aponta uma prevalência de que aproximadamente até 97% das mulheres podem apresentar algum tipo de DS no puerpério remoto, na sequência, Oliveira e Cardoso (2024)¹⁸ afirmam que a fisioterapia pélvica deve atuar de primeiro contato nesse período tendo em vista que, além de tratar e prevenir as disfunções sexuais, também atua sobre as incontinências urinárias, prolapso genitais e disfunções pélvicas em geral.

Apesar dos avanços na área, Latorre et al. (2022)¹⁴ destacam a escassez de técnicas com evidências robustas para o manejo de dores genitais profundas, sejam elas decorrentes de disfunções de penetração ou de aderências em tecidos conectivos subcutâneos. Lira (2024)⁹ complementa esse cenário ao descrever que, dor sexual no pós-parto é frequentemente descrita pelas pacientes como uma sensação frustrante de incapacidade para iniciar ou manter o ato sexual. Essa condição está corriqueiramente relacionada à hipersensibilidade local passageira ou persistente, produzindo um quadro crônico de alterações teciduais e musculares do assoalho pélvico. Nesse contexto, o presente estudo busca contribuir justamente para preencher esta lacuna, avaliando a eficácia da intervenção proposta no manejo de dores profundas.

Pelas palavras de Latorre et al. (2022)¹⁴, as dores profundas são comumente atribuídas a aderências no tecido conectivo, o que corrobora os dados encontrados no presente estudo. A Manobra do Ligamento Largo (MLL), técnica de liberação miofascial voltada à recuperação da mobilidade das fáscias e ligamentos que envolvem o útero e os ovários, mostra-se eficaz no manejo da dor durante e após a relação sexual em estudos também observacionais. Houve, ainda, uma redução quase completa das cólicas e um aumento do fluxo menstrual durante o tratamento proposto nessa investigação. Isso se deve ao fato de que, após a aplicação da MLL, o endométrio é capaz de quintuplicar sua espessura, segundo o estudo de Lima e Latorre (2025)¹³.

No presente estudo, após seis sessões de aplicação da MLL, observou-se uma melhora de 142,53% no escore total do questionário FSFI, reverberando achados anteriores de outros estudos^{13,14}. Em mais um estudo de 2022, também por Latorre, em uma amostra de dois casos, a

aplicação individualizada da MLL promoveu a mobilização efetiva das fâscias parietais, liberando aderências e resultando em uma melhora interessante dos sintomas relacionados à disfunção dolorosa sexual¹⁴.

Fernandes Amaro (2025)¹⁹ frisam a importância da fisioterapia pélvica no tratamento adequado no manejo de DS, evidenciando um resultado bom e eficaz na melhora da função sexual e na qualidade de vida geral. Em consonância com os achados, o presente estudo demonstrou que a Escala Curta de Desejo inicialmente apresentou grau 4 (ausência total de desejo), restaurando 100% do Desejo Sexual ao final do tratamento, com evolução para grau 0 (desejo espontâneo).

Entretanto, por se tratar de resultados inéditos e provenientes de uma amostra reduzida com apenas um caso, tornam-se necessários novos estudos que possam ratificar ou refutar as conclusões apresentadas. Ressalta-se a importância da prática baseada em evidências, que beneficia tanto pacientes quanto profissionais, otimizando o tempo de tratamento e potencializando os resultados por meio do uso de técnicas comprovadamente eficazes.

CONCLUSÃO

O presente estudo de caso demonstrou que a Manobra do Ligamento Largo (MLL) foi eficaz na melhora da função sexual e do desejo em uma paciente no puerpério remoto, com 22 meses pós-parto. Esses achados indicam que a intervenção fisioterapêutica proporcionou melhora função sexual, bem como redução da insatisfação associada à atividade sexual.

Por se tratar de um estudo de caso, os resultados devem ser interpretados com cautela, sendo necessária a realização de novos estudos com amostras maiores para ampliar a compreensão sobre seu impacto em diferentes contextos clínicos. Ainda assim, os dados reforçam a importância da fisioterapia pélvica e da aplicação de técnicas miofasciais específicas no cuidado pós-parto, contribuindo para a melhora da saúde sexual e qualidade de vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Arik RM, Parada CMGL, Tonete VLM, Sleutjes FCM. Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth. Rev Bras Enferm. 2019 Dez 1;72(suppl 3):41–9.
2. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional / Main Physiological and Psychological changes during the management period.

ID online Rev Psicol. 2020 Fev 28;14(49):114–26.

3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1948 [cited 2026 May 28]. Available from: who.int
4. Nascimento C. Os benefícios da fisioterapia pélvica na melhora da libido no período pós-parto. Rev Cathedral [Internet]. 2021 [acesso em ano mês dia];3(2):56–65. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/303>
5. Santos DA, et al. Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. Rev Recien. 2022 Set 15;12(39):218–25.
6. Salata MC, et al. Função sexual feminina em até um ano de pós-parto: um estudo transversal. Rev Saúde - RSF. 2024;10(01).
7. de Moura TR, et al. Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. Rev Ciências Médicas. 2019 Mar 1;27(3):157.
8. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisioter Pélvica. 2021 Dez 2;1(2):71–82.
9. Lira JD, et al. A importância da fisioterapia na dor gênero-pélvica no pós-parto. Rev Ibero-Am Humanit Ciênc Educ. 2024 Out 16;10(10):2526–38.
10. Piassarolli VP, et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010 Maio;32(5).
11. Latorre GFS, et al. Validação da escala curta de avaliação funcional do desejo sexual feminino. Rev Pesqui Fisioter. 2020 Fev 12;10(1):93–102.
12. Dias R. Avaliação do efeito do treinamento muscular do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas [Internet]. Repositório Institucional FUPAC/UNIPAC. [acesso em ano mês dia]. Disponível em: unipac.br
13. Lima CBO, Latorre GFS. Manobra do Ligamento Largo reverte todos os sinais e sintomas da Síndrome dos Ovários Policísticos – estudo de caso. Rev Bras Fisioter Pélvica. 2025;5(1):5-18.
14. Latorre GFS et al. Liberação miofascial pélvica profunda (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. Rev Bras Fisioter Pelvica. 2022 Mar 15;2(1):4–15.
15. Martins AM, Coutinho LSB. Prevalência do transtorno do desejo sexual hipotivo durante a menarca e fatores relacionados. J Bras Ginecol. 2025 Maio 16;135.
16. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM. An update on sexual function and dysfunction in women. Arch Womens Ment Health. 2015 Maio 3;18(3):423–33.
17. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. J Sex Marital Ther. 2000 Jan;26(1):51–65.
18. Oliveira APA, Cardoso LA. A importância da fisioterapia pélvica no pós-parto: reabilitação do assoalho pélvico. Rev Ibero-Am Humanit Ciênc Educ. 2024 Out 16;10(10):2772–84.
19. Fernandes Amaro R, et al. Avaliação do efeito da manipulação fascial no tratamento da dispareunia feminina: série de casos. Rev Pesqui Fisioter. 2025 Set 29;15:e6036.