

MUSCULATURA PÉLVICA NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

GOMES, Thais Silva
Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT
Me. YAMAUCHI, Nathalia Cristine Dias de Macedo
Esp. SANTIAGO, Mirian Cristina da Silva

RESUMO

A disfunção sexual é um distúrbio que ocorre em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, podendo ser por desconforto, dor, falta ou excesso de estímulo sexual, problemas psicológicos ou de relacionamento com o (a) parceiro (a), traumas por abusos sexuais, pode ser resultado de problemas orgânicos (decorrente de alguma doença) ou uso de substâncias como drogas, álcool, medicamentos ou exposição a toxinas. Os músculos do assoalho pélvico (MAP) quando saudáveis são volumosos, desempenhando grande papel na função sexual feminina, isso os habilitam a suportar as paredes vaginais. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi verificar a influência da força dos músculos do assoalho pélvico no aparecimento das disfunções sexuais femininas. **Método:** Pesquisa realizada através de plataformas de pesquisas como: Lilacs, PubMed, Scielo, bem como sites e cartilhas do Ministério da Saúde e com livros da biblioteca da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva - FAIT. **Resultados:** Conclui-se que normalizar e recuperar o tônus e realizar o treinamento da musculatura do assoalho pélvico tem grande eficiência nas disfunções sexuais femininas, visto que esta musculatura sustenta os órgãos pélvicos, que tem participação na atividade sexual.

Palavras-chaves: Disfunção sexual feminina; musculatura pélvica; tratamento fisioterapêutico.

ABSTRACT

Sexual dysfunction is a disorder that occurs in one or more phases of the sexual response cycle, and may be due to discomfort, pain, lack or excess of sexual stimulation, psychological or partner relationship problems, trauma from Sexual abuse may be the result of organic problems (due to some illness) or use of substances such as drugs, alcohol, medications or exposure to toxins. When healthy pelvic floor muscles (PFM) are bulky, playing a large role in female sexual function, this enables them to support the vaginal walls. **Objective:** The aim of this study was to verify the influence of pelvic floor muscle strength on the onset of female sexual dysfunction. **Method:** Research conducted through research platforms such as Lilacs, PubMed, Scielo, as well as websites and booklets from the Ministry of Health and books from the library of the Itapeva College of Social and Agrarian Sciences - FAIT. **Results:** It is concluded that normalizing and restoring tone and performing pelvic floor muscle training has great efficiency in female sexual dysfunctions, this muscle sustains the pelvic organs, which has participation in sexual activity.

Keywords: Female sexual dysfunction; Pelvic musculature; Physical therapy treatment.

1. INTRODUÇÃO

A disfunção sexual (DS) é um distúrbio que ocorre em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, podendo ser por desconforto, dor, falta ou excesso de estímulo sexual, problemas psicológicos ou de relacionamento com o (a) parceiro (a), traumas por abusos sexuais, pode ser resultado de problemas orgânicos (decorrente de alguma doença) ou uso de substâncias como drogas, álcool, medicamentos ou exposição a toxinas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Pode ser manifestado de forma persistente ou recorrente, como mulheres que tenham dificuldade em ter orgasmo/nunca tiveram, ou homens com ejaculação precoce ou não tenham ereção (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Consenso de Paris, realizado em 2004, foi definido como disfunção sexual feminina (DSF) distúrbios persistentes ou recorrentes no desejo/interesse sexual, na excitação subjetiva e genital e o orgasmo, podendo também se ampliar para os distúrbios que causam dor ou dificuldade para completar uma relação ou até mesmo permitir começar. A DSF é um problema que abrange muitos fatores, sendo eles biológicos, psicológicos e interpessoais, que afeta cerca de 25 a 63% das mulheres e tem maior probabilidade com o avançar da idade (RHODEN et. al., 2009).

Entre 40 a 45% das mulheres sofrem algum tipo de DS. A diminuição de libido ocorre entre 32 a 58% dos casos, alterações de excitação de 13 a 24% e alterações nos orgasmos de 24 a 37% dos casos, deste distúrbio, a dispareunia ocorre de 12 a 15% em mulheres sexualmente ativas e 45% em mulheres no período da pós-menopausa. Já o vaginismo a prevalência é menor, sendo de 0.5-1% em mulheres férteis, e 75% das mulheres que sofreram algum tipo de abuso sexual, manifesta aversão sexual (BARROS, MEIRINHA, BALTAZAR, 2014).

Segundo Rhoden et. al., (2009) as DSF podem ser consideradas como geral (global ou generalizada), que ocorre a presença do problema em todas as relações, ou situacional, que ocorre somente em algumas relações e sugerem ausência de patologia orgânica na resposta sexual. Também podem ser consideradas de modo cronológico, sendo a disfunção primária aquela que ocorre ao longo da vida, desde o início das atividades sexuais, ou secundária, disfunção que é adquirida, que houve uma vida sexual normal antes.

Para MORENO, (2009), alterações musculares do assoalho pélvico (AP), tecidos da pelve (pele, músculos, tecido conjuntivo e ligamentos), podem comprometer o despenho correto da região pélvica, assim como gravidez, pós-parto, cirurgias pélvicas e o envelhecimento natural. Muitas vezes a mulher não percebe a falta de tônus ou sua inabilidade muscular, o que acarreta em desconforto e dores e/ou inibição do se desejo sexual, dificuldade de excitação e disfunção orgásmica.

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) quando sadios são volumosos, desempenhando grande papel na função sexual feminina, isso os habilitam a suportar as paredes vaginais. A hipotonicidade e o desuso dessa musculatura podem influenciar diretamente, portanto a manutenção da força dos músculos perineais propicia uma contração consciente e eficaz nos momentos em que acontece o aumento da pressão intra-abdominal, reforçando o mecanismo de continência, a DS e evitando o prolapso de órgãos pélvicos. O que colabora para o não acontecimento da disfunção sexual (FORTUNATO et al., 1984).

Então o objetivo deste trabalho foi verificar a influência da força dos MAP no aparecimento das DSF, através de uma revisão bibliográfica realizada em plataformas de pesquisas como: Lilacs, PubMed, Scielo, bem como sites e cartilhas do Ministério da Saúde e com livros do acervo da biblioteca da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT.

2. DESENVOLVIMENTO

A contração dos MAP tem influência na sensibilidade durante a penetração e os músculos pubococígeo e iliococígeo são responsáveis pelas contrações involuntárias durante o orgasmo. Alterações e debilidades nessas musculaturas podem estar relacionadas à incapacidade orgástica (DARSKI, 2014).

Os MAP tem grande importância na função sexual feminina, uma delas é o mecanismo de ereção, com função dos músculos isquiocavernoso e bulbocavernoso que se inserem no arco púbico e no clitóris, fazendo uma compressão do clitóris, facilitando a ereção ao comprimir sua drenagem venosa. A força, consciência e resistência dos MAP estão diretamente ligados a saúde do AP, fazendo com que essa estrutura consiga desempenhar de forma correta as funções sexuais e biológicas. Logo o grau de força muscular dessa região tem grande contribuição para a satisfação sexual (BATISTA et. al., 2017).

Pesquisadores americanos, Masters e Johnson, realizaram nos anos 60 um estudo histórico e pioneiro na área da fisiologia sexual, desenvolveram um modelo de resposta sexual (excitação, platô, orgasmo e resolução). Já na década de 70, Helen Kaplan propôs uma nova concepção de resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo). Em 2002 a Associação Psiquiátrica Americana, a partir da associação dos estudos de Masters e Johnson e Helen Kaplan definiram um novo modelo de resposta sexual saudável, definido em quatro etapas: Fase do desejo sexual; Fase de excitação; Fase de orgasmo e Fase de resolução (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ribeiro, Magalhães e Mota, (2013), realizaram um estudo sobre a predominância das DSF, os diferentes subtipos e fatores associados em uma amostra de mulheres com a idade reprodutiva de 18 a 58 anos, foram analisadas 346 mulheres, mas somente 86,4% participaram do estudo. Observou-se que 77,2% da amostra apresentou alguma DSF, sendo 49,3% associada subjetivamente a mal-estar, 55,8% das mulheres apresentaram perturbação do orgasmo, sendo o fator de mais prevalência desta perturbação o estresse. 40% da amostra apresentou a dispareunia, o vaginismo registrou 16,7% de prevalência e experiências sexuais

indesejadas prévias com um percentual de 6,5%. Foi encontrada também a associação da contracepção hormonal com a perturbação do desejo feminino. O estudo constatou uma taxa elevada de DSF, mas apesar desta prevalência elevada, somente metade delas consideram um problema.

Os autores Delgado, Ferreira e Sousa, (2015) realizaram um estudo qualitativo através de uma revisão sistemática de literatura em bases de dados, no qual foram selecionados 20 artigos e 3 livros das área. O objetivo do estudo é investigar quais recursos fisioterapêuticos são utilizados nos tratamentos das DSF. Constatou-se que os recursos utilizados pela fisioterapia são cinesioterapia do AP, ginástica hipopressiva, eletroestimulação, *Biofeedback*, cones vaginais e terapia manual, o tratamento da dispareunia teve benefícios com o uso da cinesioterapia juntamente com dilatador vaginal de diversos tamanhos.

O objetivo do estudo de Trindade e Luzes, (2017) foi demonstrar a importância da fisioterapia ginecológica juntamente com a atuação do fisioterapeuta no tratamento das DSF. Realizou-se uma busca nas bases de dados, utilizou-se 28 artigos e 1 livro. Neste estudo observou-se que a DSF pode ser tratada com a cinesioterapia, *biofeedback*, eletroestimulação e terapia manual. O tratamento pode ser com as técnicas associadas ou não, constatou-se que o vaginismo, a dispareunia, a anorgasmia e o transtorno de desejo tiveram melhoras significativas com as técnicas de cinesioterapia, TENS e FES, *biofeedback* e terapia manual. Constatou que o fortalecimento da musculatura do AP e a melhora da consciência corporal da mulher, conscientizando-a que a contração voluntária desses músculos, é de grande importância para melhorar a qualidade de vida sexual da mulher.

Um estudo realizado por Carboni, Schvartzman e Rosa, (2013) teve o objetivo mostrar a importância do fisioterapeuta pélvico na melhora da qualidade de vida de mulheres com DS. Foi realizada uma revisão bibliográfica em bases de dados, no qual constatou que o *biofeedback* é uma terapia adjunta física e que pode ser utilizado no tratamento de disfunção do AP, é mostrado que o TENS pode ser útil na cura da dor genital como vaginismo e dispareunia, podendo também liberar agentes analgésicos que melhoram o limiar de dor e a dessensibilização progressiva da dor.

Outras modalidades vistas neste estudo foram os cones vaginais, ultrassom, liberação miofascial e os exercícios de contração muscular do AP que tem um grande papel na resposta do orgasmo feminino, devido à anatomia do tecido erétil do clitóris, melhorando a estimulação sexual, estes exercícios também alteram a morfologia do músculo, o que aumenta o diâmetro da secção transversal, ativa os neurônios motores, melhorando a função neuromuscular e sua frequência de excitação, melhorando também a dor sexual e a lubrificação feminina.

O estudo de Batista et. al., (2017) teve como objetivo verificar a influência da força dos MAP sobre a função sexual feminina, para isso avaliaram 26 mulheres com idade de 18 a 35 anos, sexualmente ativas e que não possuísem infecção urinária ou vagismo. Das 26 mulheres avaliadas, somente 23,1% apresentaram escores totais do The Female Sexual Function Index (FSFI) compatíveis com DS em geral. Dessas 19,2% apresentaram disfunção do desejo sexual, 3,8% disfunção de excitação, 73,1% disfunção de lubrificação, 46,2% disfunção do orgasmo, 15,4% disfunção de satisfação e 42,3% com dor. Este estudo constatou que não houve significância estatística na relação direta da força dos MAP com a função sexual feminina da amostra estudada, porém foi observado que quanto maior o grau de força, melhor a função.

Já os autores Sacomori et. al., (2015) realizaram um estudo que teve como objetivo analisar a combinação entre a força muscular e a função sexual feminina, controlando idade e paridade. Foram analisadas 177 mulheres com idade média de 39 anos, dessas, vinte e cinco (14,1%) não eram sexualmente ativas durante o estudo, 53,7% das mulheres apresentaram classificação “ruim” em relação à função do assoalho pélvico e 46,3% classificadas como “boas”.

Já em relação à função sexual, 47,5% apresentavam “boa função”, enquanto 52,5% apresentavam disfunção sexual. Constatou-se que mulheres com função do AP fraca, apresentaram 1,36 maior prevalência de DS do que aquelas com uma boa função muscular, este achado sugere a combinação dos MAP mais forte com a melhora na função sexual feminina, aumentando o desejo, excitação, lubrificação e orgasmo devido à melhora da contração muscular.

Os autores Silva et. al., (2017) focaram no estudo da dispareunia, uma DS relacionada à dor. Para este estudo, foram utilizadas 18 mulheres sexualmente ativas, com dispareunia causada pela sensibilidade dos MAP. Elas foram submetidas à massagem transvaginal pela técnica de Thiele, a qual é realizada massagem desde a origem até a inserção do músculo, com uma sobrecarga que as pacientes pudessem tolerar, com duração de 5 minutos, uma vez por semana e durante 4 semanas. Observou-se que todas as mulheres tiveram melhoras significativas na dispareunia com a massagem, relatando ausência de dor ou desconforto durante a relação sexual. Este estudo constatou que a massagem de Thiele é um método efetivo em longo prazo para o tratamento de dispareunia causada pela sensibilidade dos músculos pélvicos e que é uma técnica fácil de aprender e de ser aplicada por mulheres ou pelos seus parceiros sem riscos, tornando-a mais acessível a mulheres que não tem condições de pagar um tratamento de reabilitação fisioterapêutica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se a força dos músculos do assoalho pélvico (MAP) tem relação com a melhor função sexual feminina, a fraqueza desta musculatura também está associada a disfunção sexual feminina. Logo normalizar e recuperar o tônus e realizar o treinamento da musculatura do assoalho pélvico tem grande eficiência nas disfunções sexuais femininas, esta musculatura sustenta os órgãos pélvicos, que tem participação na atividade sexual.

4. REFERÊNCIAS

BARROS, F. A. O. S. F.; MEIRINHA, A.; BALTAZAR, P. **Manual de Medicina Sexual: Visão Multidisciplinar**, capítulo 10, 2014.

BATISTA, N. M. T. L., OLIVEIRA, A. N., NUNES, E. F. C. E LATORRE, G. F. S. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. Vol. 2, n. 1. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/280>. Acesso em: 25mar.2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva nº 26**. 1º ed. Brasília, 2013.

CARBONI, C., SCHVARTZMAN, R., ROSA, P. V. La importancia del fisioterapeuta pélvico en las disfunciones sexuales femininas. **Revista Cubana de Urologia**. Vol. 2, n. 1. **Rio Grande do Sul**, 2013. Disponível em: Acesso em: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/41>. 19mar.2019.

DARSKI, C. **Correlação entre a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico e a função sexual em mulheres adultas jovens**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/179123>. Acesso em: 19mar.2019.

DELGADO, A. M., FERREIRA, I. S. V. E SOUSA, M. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde – Catussaba**, ano 4, nº 1, p. 47-56, out. 2014/ jan. 2015. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>. Acesso em: 19mar.2019.

FORTUNATO, G. L., ALIBERTE, P. I. ANGELIN, E. C. N., GRUBER, C. R. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual feminina. Vol. 2. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, 1984. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2336/1907>. Acesso em: 19mar.2019.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. Barueri: 2º ed. Manoele, São Paulo, 2009.

RHONDEN, E. L. CALADO, A. A. et. al. **Urologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIBEIRO, B., MAGALHÃES, A. T., MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. **Revista Port. Med. Geral Fam.**, Vol. 29, n. 1. 2013. Disponível em: Acesso em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n1/v29n1a04.pdf>. 25mar.2019.

SACOMORI, C., VIRTUOSO, J. F., KRUGER, A. P., CARDOSO, F. L. Pelvic floor muscle strength and sexual function in women. **Fisioterapia em movimento**. Vol.28, n. 4, Curitiba, dezembro de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502015000400657&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22mar.2019.

SILVA, A. P. M., MONTENEGRO, M. L., GURIAN, M. B. F., MITIDIERI, A. M. S. et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. **Revista Bras. Ginecol. Obstet.** Vol. 39, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: Acesso em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1597651>. 22mar.2019.

TRINDADE, S. B. e LUZES, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Revista discente da UNIABEU**. Vol. 5, n. 9, Junho, 2017. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2886>. Acesso em: 19mar.2019.