

FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL DA MULHER: revisão sistemática

PHYSIOTHERAPY IN WOMEN'S SEXUAL DYSFUNCTION: systematic review

Larissa Capeleto de Souza^{1*}, Elaine Cristina Alves Pereira², Erika Flauzino Silva Vasconcelos³, Wendry Maria Paixão Pereira⁴

¹Discente do curso de Fisioterapia, Universidade de Taubaté-UNITAU, Taubaté-SP

²Doutor, Docente do curso de Fisioterapia, Centro Universitário FUNVIC-UniFUNVIC, Pindamonhangaba-SP

³Mestre, Docente do curso de Fisioterapia, Centro Universitário FUNVIC-UniFUNVIC, Pindamonhangaba-SP

⁴Doutor, Docente do curso de Fisioterapia, Universidade de Taubaté-UNITAU, Taubaté-SP

*Correspondência: wendrypaixao@gmail.com

RECEBIMENTO: 15/07/20 - ACEITE: 29/07/20

Resumo

A Disfunção Sexual Feminina é definida como a situação em que o indivíduo não consiga concretizar uma relação sexual ou que seja insatisfatória para si e/ou para o seu companheiro. Sua caracterização se dá pela alteração no desejo sexual, aversão, transtornos da excitação e orgasmo, dispareunia e vaginismo. A disfunção sexual é prevalente entre as mulheres ocasionando impacto na qualidade de vida. De modo que vale destacar o papel da fisioterapia urogenital no alívio das dores e preparo do assoalho pélvico. O objetivo deste estudo foi discorrer sobre a atuação do fisioterapeuta no tratamento da disfunção sexual das mulheres. Trata-se de uma revisão sistemática nas bases de dados PEDro e Pubmed estruturada com os elementos da PICO (P=Paciente, I=Intervenção, C=comparação, O=Outcomes), estratégia de busca baseada em evidência. A pergunta norteadora da pesquisa foi quais são as melhores evidências do tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas? A pesquisa foi realizada de 15 de junho de 2019 a 15 de outubro, foram incluídos artigos na língua inglesa com os descritores *Physiotherapy, Female Sexual Dysfunction, Women e Physiotherapy treatment*, com delimitação de janeiro de 2014 a outubro de 2019. Para a base PEDro foram considerados somente artigos com nota acima de sete que são classificados como estudos de alta qualidade. Todos os artigos selecionados foram submetidos a uma avaliação de qualidade pelo método JADAD. O estudo evidenciou que a fisioterapia desempenha importante papel no tratamento da disfunção sexual feminina, destacando as técnicas de massagem, cinesioterapia com o uso de cones vaginais e eletroestimulação.

Palavras-chave: Disfunção sexual feminina. Tratamento fisioterápico.

Abstract

Female Sexual Dysfunction is defined as a situation in which the individual does not have a sexual relationship or is unsatisfactory for himself and / or his partner. Its characterization occurs by alteration in sexual desire, aversion, transfer of arousal and orgasm, distribution and vaginismus. Sexual dysfunction is prevalent when women impact quality of life. So it is worth highlighting the role of urogenital physiotherapy in relieving pain and preparing the pelvic floor. The aim of this study was to discuss the role of physical therapists in the treatment of women's sexual dysfunction. This is a systematic review of the PEDro and Pubmed databases structured with PICO elements (P = Patient, I = Intervention, C = Comparison, O = Results), Evidence search strategy. The guiding question of the research was what are the best damages to physical therapy treatment in female sexual dysfunctions? A survey conducted from June 15, 2019 to October 15, included articles in English with the descriptors *Physiotherapy, Female Sexual Dysfunction, Physiotherapy for women and treatment*, delimited from January 2014 to October 2019. For the PEDro database it was considered only articles with a grade above seven that are classified as high quality studies. All selected articles underwent a quality assessment by the JADAD method. The study showed that physical therapy plays an important role in the treatment of female sexual dysfunction, highlighting as massage techniques, kinesiotherapy with the use of vaginal cones and electrostimulation.

Keywords: Female sexual dysfunction. Physiotherapy treatment.

Introdução

A função sexual feminina é tida como complexa pois é uma das dimensões que envolve fatores como o gênero, orientação sexual, emocional e reprodução, ou seja, exibe um caráter multidimensional.¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde,² a sexualidade é vista como uma interação de fatores intrínsecos (biológicos, psicológicos) e extrínsecos (socioeconômicos, político-cultural, e religiosos). De tal modo que a sexualidade feminina se torna um componente importante na saúde física e mental das mulheres.³ Por isso, o Ministério da Saúde reconhece qualquer disfunção sexual como um problema de Saúde Pública por ocasionar alterações na qualidade de vida.⁴

A disfunção sexual feminina é um transtorno que pode culminar em sofrimento pessoal e interferir nas relações interpessoais devido a problemas anatômicos, fisiológicos, psicológicos e socioculturais.⁵ A Disfunção Sexual Feminina (DSF) inclui fatores como o desejo sexual hipotativo, transtorno de aversão sexual, de excitação sexual, orgasmo e transtornos dolorosos (dispareunia e vaginismo).^{2,4}

As DSF são desordens psicossomáticas que não permitem a mulher ter relação sexual e sentir prazer durante o ato, ou seja, quando fisiologicamente há uma alteração no ciclo de resposta sexual.⁶ Segundo a Associação Americana de Psiquiatria,⁷ a resposta sexual é considerada como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Assim, as DSF são caracterizadas pela falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual feminina, o que afeta uma ou mais fases.⁵

Em um estudo realizado em Pindamonhangaba com 756 mulheres no período da transição menopausal e pós-menopausa, a prevalência das DFS foi de 57,7%.⁸

Na América Latina, em um estudo multicêntrico a prevalência encontrada entre mulheres de meia idade foi de 56,8%.⁹ Já a média da prevalência mundial em países desenvolvidos foi estimada em 63,6%.³

Embora os números sejam expressivos, é importante reforçar que a incidência das disfunções é difícil de ser determinada visto que muitas mulheres não procuram atendimento.^{2,5} Quando as mulheres procuram assistência, os tratamentos variam de acordo com o fator de base, assim, uma equipe multiprofissional se faz necessária, pois os tratamentos convencionais são medicamentos, terapia e exercícios.⁶ Assim, a fisioterapia ao longo da última década vem ganhando destaque por ser

uma alternativa eficaz para mulheres que apresentam essas disfunções.¹⁰ Os fisioterapeutas são responsáveis pela avaliação urogenital e educação comportamental das pacientes, promovendo através da cinesioterapia a melhora da saúde sexual, maior autoconsciência e diminuição de dores pélvicas.¹⁰

Contudo, torna-se de grande relevância evidenciar os melhores tratamentos fisioterapêuticos para as DFS, a fim de disseminar informações baseadas em dados científicos para a população e promover uma melhor qualidade de vida sexual para as mulheres. Este estudo tem o propósito de discorrer sobre a atuação do fisioterapeuta no tratamento da disfunção sexual das mulheres.

Método

Pesquisa de revisão sistemática nas bases de dados PEDro e Pumbed. A revisão foi estruturada com os elementos do PICO (P=Problem, I=Intervention, C=Control, O=Outcomes) estratégia de busca da medicina baseada em evidências.

O estudo teve como pergunta norteadora: quais são as melhores evidências do tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas?

A pesquisa foi realizada de 15 de junho a 15 de outubro de 2019, foram incluídos artigos na língua inglesa com os descritores *Physiotherapy*, *Female Sexual Dysfunction*, *Women e Physiotherapy treatment*, com delimitação de janeiro de 2014 a outubro de 2019. Para a base PEDro foram considerados somente artigos com nota acima de sete que são classificados como estudos de alta qualidade. Foram excluídos os artigos com intervenções não relacionadas com a fisioterapia, como uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos.

Todos os artigos foram submetidos a uma avaliação de qualidade de estudos clínicos pelo método JADAD para somente após esta validação serem incluídos na pesquisa.

O JADAD é uma avaliação para ensaios clínicos randomizados, consta de três tópicos, diretamente relacionados com a redução de vieses, ou seja, centrados na validade interna. O escore varia de zero a cinco pontos, são classificados como artigos de alta qualidade os que receberem pontuação de três a cinco e somente estes serão incluídos na pesquisa.

Após a busca dos artigos por meio dos descritores, os artigos são submetidos a três perguntas: 1- O estudo foi descrito como randomizado? 2- O estudo foi descrito como duplo cego? 3- Há uma descrição das perdas?

Desta forma, para cada afirmação o artigo recebe um ponto, para a primeira e segunda pergunta, pode ser atribuída uma bonificação de acréscimo de um ponto quando os estudos demonstrarem que a randomização e o cegamento são apropriadas.

Resultado

Foram identificados na base Pubmed 41 artigos e na base PEDro 18 artigos. Após análise dos resumos foram excluídos 31 artigos, pois versavam sobre temas de tratamento clínico e/ou medicamentoso. Após avaliação interna e criteriosa do JADAD apenas 13 artigos foram incluídos nesta pesquisa. A figura 1 mostra o fluxograma da seleção e inclusão dos artigos.

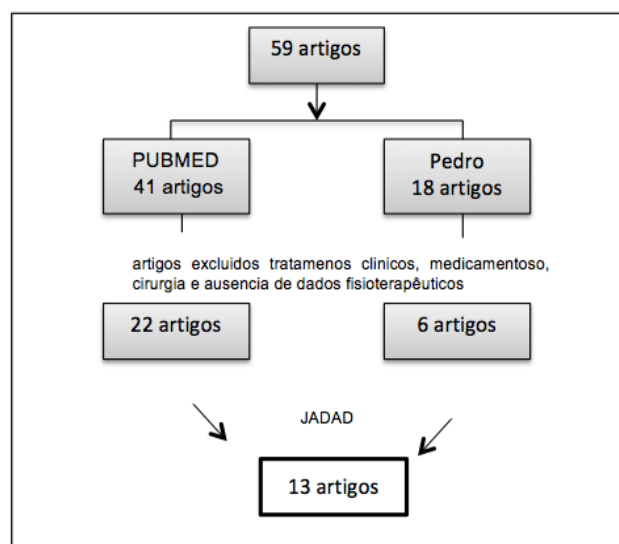


Figura 1- Fluxograma da seleção e inclusão dos artigos

No Quadro 1 observam-se os 13 artigos sobre o tratamento fisioterapêutico na disfunção sexual feminina os quais foram categorizados segundo os autores, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, protocolo e dos resultados dos trabalhos.

Quadro 1- Artigos sobre o tratamento fisioterapêutico na disfunção sexual feminina (n=13) de acordo com os achados na literatura.

| Autor/ano | Objetivo | Protocolo | Resultados |
|---------------------------------------|---|---|--|
| Lahaie et al. ¹¹ (2015) | Investigar a dor e a tensão muscular do assoalho pélvico diferiam entre o vaginismo e os portadores de dispareunia. | 50 mulheres com vaginismo, 50 mulheres com dispareunia, 43 controles. Foram realizados entrevista estruturada, teste de sensibilidade à dor, exame ginecológico (força e resistência). Submetidas a 12 sessões com cinesioterapia e eletroterapia (FES)/ (TENS) | O grupo com dispareunia foi o que melhor apresentou resultados positivos, o grupo do vaginismo teve melhora somente na força |
| Brotto al. ¹² (2015) | Avaliar protocolo de 10 semanas de fisioterapia para o assoalho devido a alterações sexuais. | 132 mulheres com diagnóstico de DSF com intervenções por três meses. Exercícios de Kegel em 24 sessões de 40 minutos de duração com uma frequência de duas vezes por semana. | Melhora da excitação, dispareunia e maior sensação de orgasmo. |

Quadro 1- Artigos sobre o tratamento fisioterapêutico na disfunção sexual feminina (n=13) de acordo com os achados na literatura (continuação)

| | | | |
|--|--|---|--|
| Zoorob et al. ¹³ (2015) | Determinar efeitos da fisioterapia do assoalho pélvica e comparar injeções de Botox nos pontos, em mulheres com dor na relação sexual. | 30 mulheres com dor no assoalho pélvico divididas em dois grupos, 15 mulheres receberam aplicação de Botox (duas no período) e 15 realizaram fisioterapia com técnicas de massagem perineal, cinesioterapia para o assoalho e eletroestimulação por 16 semanas. | Ambos os grupos tiveram resultado significativo em relação a diminuição de dor nas relações sexuais. |
| Aydin et al. ¹⁴ (2015) | Avaliar a eficácia do protocolo em mulheres com DSF sem disfunção anatômica do assoalho pélvico ou incontinência urinária. | 42 mulheres divididas em dois grupos todas foram avaliadas. Um grupo seguiu com a eletroestimulação com uma sonda vaginal. Com média frequência (50 Hz) com repouso e o outro controle. | Não houve diferenças significativas entre os grupos placebo e da eletroestimulação quanto a lubrificação e orgasmo; único item com aspecto positivo foi a satisfação, sendo maior no grupo da eletroestimulação. |
| Vallinga et al. ¹⁵ (2015) | Avaliar se a TENS tem um efeito benéfico sobre a dor, em mulheres com DSF. | 39 mulheres receberam tens domiciliar (20 sessões de 35 minutos de duração) duas vezes por semana. Frequência (35Hz) com repouso. | Resultados favoráveis com o uso do TENS para relaxamento da musculatura e melhora da dispareunia. |
| Salvatore et al. ¹⁶ (2016) | Investigar os efeitos do laser na função sexual e na satisfação geral com a vida sexual em mulheres. | 77 mulheres tratadas com laser tratadas por 12 semanas que apresentavam dores, queimação e diminuição da libido. Sessões com aplicação pontual por 15 minutos. | O tratamento com laser foi associado a uma melhora significativa da função sexual e da satisfação sexual das mulheres |
| Morin et al. ¹⁷ (2016) | Avaliar a eficácia da fisioterapia e comparar a um tratamento com aplicação tópica de lidocaína durante a noite em mulheres com DSF. | 212 mulheres divididas aleatoriamente em dois grupos, um grupo fisioterapia e o outro fisioterapia mais aplicação de lidocaína, durante seis meses. Fisioterapia incluía massagem perineal, realizada por meio do toque bidigital e Exercícios de Kegel . | Houve melhora na satisfação sexual, orgasmo e diminuição de dores em ambos grupos sendo melhor avaliado no grupo que usou a lidocaina. |

Quadro 1- Artigos sobre o tratamento fisioterapêutico na disfunção sexual feminina (n=13) de acordo com os achados na literatura (continuação)

| | | | |
|--|--|--|---|
| Eftekhar et al. ¹⁸ (2016) | Comparar o efeito da cirurgia versus fisioterapia na função sexual no distúrbio do assoalho pélvico. | 90 mulheres. Grupo A (n=45) recebeu reparo cirúrgico no assoalho, o grupo B (n = 45) recebeu fisioterapia por 8 semanas 2 vezes por semana (estimulação, <i>biofeedback</i> orientações e exercícios de Kegel). | A libido e satisfação melhoraram em ambos os grupos; o orgasmo e adisporeunia tiveram melhora somente no grupo B. |
| Goldfinger et al. ¹⁹ (2016) | Mostrar uma melhora em sua vida sexual após o tratamento por estimulação elétrica vaginal. | 42 mulheres receberam a eletroestimulação com uma sonda vaginal. Com média frequência (50 Hz) com repouso, por seis meses. | As mulheres tiveram redução de 80% da dor, e 45% de melhora na satisfação sexual. |
| Schmitt et al. ²⁰ (2017) | Avaliar um programa de reabilitação do assoalho pélvico, incluindo modificação comportamental, <i>biofeedback</i> e estimulação vaginal em mulheres com DSF. | 94 mulheres receberam 4 a 7 sessões (1 a cada 2 semanas), incluindo <i>biofeedback</i> e 30 minutos de eletroestimulação. | A disporeunia obteve a melhor pontuação, evidenciando que a eletroestimulação auxilia na promoção da analgesia. Orgasmo e a libido tiveram melhoras não significativas estatisticamente. |
| Schwartzman et al. ²¹ (2019) | Avaliar a função sexual, qualidade de vida, dor e função muscular do assoalho pélvico de mulheres climatéricas sexualmente ativas. | 42 mulheres. Grupo A (n = 21) recebeu 5 sessões de 1 hora de termoterapia para relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, liberação miofascial e treinamento pélvico. Grupo B (n = 21) recebeu 5 sessões de 1 hora treinamento pélvico (fortalecimento e resistência) | O treinamento dos músculos do assoalho pélvico foi eficaz para melhorar a dor, a qualidade de vida, a função sexual e a função dos músculos do assoalho pélvico em mulheres climatéricas com disporeunia. |
| Gentilcore-Saulnier et al. ²² (2019) | Avaliar mulheres com DSF. | 11 mulheres com oito sessões terapia manual, <i>biofeedback</i> , estimulação elétrica e exercícios. | Melhora no orgasmo, satisfação sexual e disporeunia em 90% das participantes. |
| Ghaderi et al. ²³ (2019) | Avaliar os efeitos das técnicas de reabilitação do assoalho pélvico na disporeunia. | 64 mulheres com disporeunia foram randomizadas em 2 grupos: o grupo experimental (n = 32) recebeu eletroterapia, terapia manual, exercícios de Kegel e uso de cones vaginais e o grupo controle (n = 32). Por três meses. | Melhora na disporeunia no grupo experimental. |

Discussão

O presente estudo teve a finalidade de discorrer sobre a atuação do profissional fisioterapeuta na disfunção sexual feminina. Os artigos que compõem esta revisão evidenciaram que a intervenção do fisioterapeuta ainda é pequena quando se trata das disfunções sexuais. Entretanto, com grande resolutividade.

A fisioterapia é tida como uma área nova no campo da sexualidade, e por meio dos recursos e técnicas pode trazer benefícios principalmente para as mulheres. O tratamento fisioterápico é visto de baixo custo, pois melhora a força e resistência do assoalho pélvico e promove alívio da dor pélvica e/ou abdominal.¹⁴ Aveiro et al.²⁴ citaram diversos recursos como a eletroterapia, terapia manual, *biofeedback* e massagens perineais. O intuito maior é, no entanto, proporcionar uma vida sexual saudável às mulheres.

Os principais objetivos da fisioterapia nesta área são: a sensibilização e propriocepção dos músculos, a conscientização da contração e relaxamento muscular, normalizar o tônus muscular, aumentar a elasticidade na abertura vaginal, dessensibilizar áreas dolorosas, e diminuir o medo na penetração vaginal.

Os principais recursos adotados são: o uso de cones vaginais que têm como objetivo promover a melhora na força muscular e resistência, por meio do recrutamento das musculaturas pubococcígenas. Atuam promovendo o aumento da conscientização da contração da musculatura do assoalho pélvico.²³ Os cones possuem cargas estimadas, que variam de 20 a 70 gramas, e devem ser usados de maneira específica respeitando a individualidade de cada paciente. Conforme se obtém as evoluções, é recomendado realizar o aumento gradual da carga.²³

O *Biofeedback* é um método que consiste em trabalhar na reeducação muscular, por meio de um efeito modulatório atuante no sistema nervoso central. Realiza-se a introdução do aparelho no canal vaginal, oferecendo assim, além do *feedback* verbal, um *feedback* visual, em que a paciente é capaz de ver no aparelho o momento de contração e relaxamento.²⁰ A técnica é vista como desenvolvimento da percepção corporal e controle voluntário do assoalho pélvico.

Já a Eletroestimulação é um método no qual ocorre a colocação intravaginal de um eletrodo com cerca de sete centímetros de comprimento e 2,5 de diâmetro, cuja frequência varia de dez a 50Hz, porém, em alguns casos, pode-se aplicar os eletrodos na região do músculo tibial anterior.¹¹ A corrente elétrica é ajustada de maneira em que a paciente possa senti-la confortavelmente durante a fase de

contração.¹⁴ Tal técnica tem como função o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, bem como aumento da consciência de contração.¹⁵ O uso da eletroestimulação por meio da corrente TENS tem efeitos positivos para tratamento da dor vulvar e relaxamento da musculatura esquelética.¹⁹

A cinesioterapia ou exercícios de Kegel, são utilizados para reforçar o controle da musculatura do assoalho pélvico e consistem na realização de exercícios voluntários envolvendo a contração e relaxamento simultâneo, podendo ser combinados à respiração diafragmática.^{18,21} A técnica é capaz de proporcionar diversos benefícios, dentre eles, aumentar a consciência perineal, equilíbrio e controle do assoalho pélvico, melhora da performance sexual, incremento da vascularização pélvica, aumento da lubrificação vaginal e excitação.^{17,23}

A massagem perineal tem sido recomendada para aumentar a flexibilidade da musculatura pélvica e dos tecidos perivaginais, com o intuito de reduzir a ocorrência da dispareunia.¹⁷ É uma técnica simples, a sua execução é feita pela própria mulher. No Brasil ainda é pouco difundida, realizada por meio do toque bidigital do fisioterapeuta a fim de alívio de dor, diminuição dos pontos gatilhos da musculatura e melhor conscientização de contração muscular.¹³ A massagem perineal promove um relaxamento e alongamento progressivo da MAP e dos tecidos da entrada vaginal, útil para os casos em que é necessária a facilitação na abertura do canal vaginal, como nos casos de vaginismo.¹³

Sobre a atuação do fisioterapeuta na disfunção sexual os 13 artigos encontrados ratificaram como principais recursos a massagem perineal, a cinesioterapia para o assoalho pélvico, eletroestimulação pélvica, uso de cones vaginais e o *biofeedback*. Os estudos incluídos nesta revisão abordaram sobre esses recursos e técnicas.

Lahaie et al.¹¹ investigaram a presença da dor e da tensão muscular do assoalho pélvico no vaginismo e na dispareunia. Participaram 143 mulheres que foram submetidas a sessões de eletroestimulação intravaginal com sonda anal, utilizaram a corrente TENS/ FES intercaladas por 12 sessões, os pesquisadores obtiveram melhora na dor e na força muscular. Muito provavelmente em decorrência do recrutamento das fibras musculares dos tipos I e II, além de melhorar a propriocepção, contribuindo para contrações mais eficazes. Dados semelhantes aos dos estudos de Schmitt et al.²⁰ e Schwartzman et al.,²¹ que por meio da força da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) promoveram maior satisfação e menos dores.

Vallinga et al.¹⁵ obtiveram resultados favoráveis com o uso do TENS para relaxamento da musculatura e melhora da dispareunia. Esta corrente impulsiona a inibição pré-sináptica das fibras tipo C como resultado da liberação de serotonina resultante da ligação de endorfinas a receptores opiáceos em neurônios descendentes de caráter inibitório, produzindo assim um efeito analgésico no local da estimulação, conseguidos através da alternância das frequências altas e baixas.

Eftekhar et al.¹⁸ mostraram que dentre as intervenções e os instrumentos utilizados pelo fisioterapeuta os principais são baseados no princípio da educação em saúde, na qual o terapeuta explica o funcionamento anatômico do sistema reprodutor, outro item importante é a terapia comportamental que pode ser realizada em associação com as outras técnicas. Ainda os pesquisadores estudaram 90 mulheres divididas em dois grupos comparando a cirurgia com a fisioterapia. Sendo que 45 mulheres fizeram fisioterapia por oito semanas com o objetivo de fortalecimento da MAP por meio da estimulação, *biofeedback* e exercícios de Kegel. O grupo da fisioterapia teve melhora na dispareunia e ambos os grupos tiveram aumento da libido e da satisfação sexual. Resultados semelhantes foram encontrados por Goldfinger et al.¹⁹ e Gentilcore-Saulnier et al.²²

Outra técnica que a fisioterapia utiliza é a de relaxamento por meio das massagens perineais, eletroestimulação e o *biofeedback*, assim, segundo os achados de Schmitt et al.²⁰ o *biofeedback* é uma ferramenta usada no tratamento das síndromes de dor vulvar, tendo também um papel importante na avaliação e tratamento do vaginismo. Isso se deve ao fato deste instrumento reeducar por meio de uma retroinformação externa como meio de aprendizagem, uma vez que, o *biofeedback* modifica a resposta fisiológica inadequada e propicia a aquisição de uma nova resposta fisiológica, sendo expressiva na dispareunia e vaginismo. Associado à eletroestimulação que aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos da uretra e da pelve, restabelece as conexões neuromusculares, melhorando a função da fibra muscular, modificando o padrão de ação. Assim, tanto Schmitt et al.²⁰ quanto Eftekhar et al.¹⁸ e Goldfinger et al.¹⁹ encontraram resultados positivos nas DFS com ênfase da dispareunia e vaginismo.

Brotto al.¹² em seus estudos avaliaram 132 mulheres com diagnóstico de DSF e realizaram intervenções por três meses. Os autores utilizaram a cinesioterapia mais conhecida como exercícios de Kegel em 24 sessões com de 40 minutos de duração com uma frequência de duas vezes por semana. Obtiveram uma melhora na excitação, dispareunia e maior sensação de orgasmo. Segundo os pesquisadores, o resultado se dá com bases em

observações clínicas e relataram que a sensação vaginal e a frequência do orgasmo podem ser aumentadas com a prática de exercícios perineais, que são designados para fortalecer o músculo pubococcígeo.

Semelhante a este resultado, Morin et al.¹⁷ reforçaram que a cinesioterapia produz o aumento na vascularização pélvica; produz aumento do tônus muscular, e induz a um estado de excitação durante a execução dos exercícios. Segundo Brotto al.¹² há quatro tipos dos exercícios de Kegel, contração, tremulação, sucção e expulsão. Sendo que a tremulação é mais utilizada para anorgasmia, pois simula as contrações do orgasmo.

Zoorob et al.¹³ reforçaram que a aplicabilidade dos exercícios nas DSF se dá devido ao recrutamento muscular local com conseqüente incremento da vascularização pélvica e sensibilidade clitoriana. Tal fato promove melhora da excitação e da lubrificação. Schwartzman et al.²¹ chamaram atenção para o fato que nos primeiros dias a mulher sentirá dor leve ou desconforto no local decorrente da fadiga muscular. O exercício de Kegel pode ser associado ao uso de cones introduzidos na vagina para fornecer resistência e *feedback* sensorial aos músculos do assoalho pélvico à medida que se contraem.

Ghaderi et al.²³ avaliaram os efeitos das técnicas de reabilitação do assoalho pélvico na dispareunia. Os autores acompanharam 64 mulheres com dispareunia por três meses. Elas foram divididas aleatoriamente em dois grupos, o grupo experimental fez sessões de 20 minutos de eletroterapia, terapia manual no início da terapia, exercícios de Kegel e uso de cones vaginais e o outro grupo foi o controle. Concluíram que teve melhora da dispareunia. Assim, a associação dos cones vaginais com os exercícios promovem resultados favoráveis, pois, os cones quando alojados na vagina agem como um equipamento de *biofeedback*, pois a pressão intra-abdominal, associada ao peso do cone e à ação da gravidade tendem a expulsá-lo pelo canal vaginal, promovendo assim um *feedback* sensorial que faz com que os músculos se contraíam ao redor do cone na tentativa de retê-lo.²⁰ De tal modo, Ghaderi et al.²³ ainda mostraram que a conscientização e a propriocepção da musculatura da região perineal, estimulada pelos exercícios geram efeitos na receptividade para a relação sexual e a satisfação com o desempenho.

Morin et al.¹⁷ avaliaram a eficácia da fisioterapia em relação a aplicação tópica de lidocaína durante a noite, em 212 mulheres com DSF, por seis meses. Os pesquisadores utilizaram, associados a outras técnicas fisioterapêuticas, a massagem perineal e terapia manual. Afirmaram que a aplicação da massagem perineal transvaginal é

eficaz no tratamento da dispareunia causada pela hipertonia da MAP, pois promove alívio da dor a longo prazo. Os autores verificaram diminuição da dor, melhora do orgasmo, desejo, excitação e lubrificação, pois a massagem atua no relaxamento da musculatura, na melhora do recrutamento muscular e incremento da vascularização local.

Zoorob et al.¹³ relataram que ao mobilizar os tecidos, produz-se calor e este ajuda na quebra de ligações do colágeno e das aderências, que podem ser motivo de dores e disfunções. Já Schwartzman et al.²¹ ainda descreveram que no caso do vaginismo, podem ser recomendados associado a massagem métodos manuais com a finalidade de desativar os pontos gatilhos. Um método a ser realizado é a compressão isquêmica, onde o fisioterapeuta comprime manualmente o ponto de dor por 60 a 90 segundos ou até sentir sua liberação.

Salvatore et al.¹⁶ investigaram os efeitos do laser na função sexual e na satisfação geral com a vida sexual em 77 mulheres. Elas foram tratadas por 12 semanas com aplicação pontual por 15 minutos. Foi o único artigo que descreve a utilização do laser, entretanto, houve melhora significativa da função sexual e da satisfação sexual das mulheres.

Esta pesquisa apresenta limitações devido a atuação fisioterapêutica nas DSF ainda ser pouco difundida na população, com escassas publicações. Além da decisão metodológica do estudo de estudo incluir somente artigos de duas bases de dados, embora atualmente as bases escolhidas sejam as mais relevantes da área da saúde e da fisioterapia.

Conclusão

Os artigos encontrados apresentaram resultados positivos da atuação da fisioterapia, todos os artigos ratificaram que a fisioterapia possui papel relevante no tratamento das disfunções sexuais, embora ainda esta atuação seja escassa. O estudo evidenciou que a fisioterapia desempenha importante papel no tratamento da disfunção sexual de mulheres destacando as técnicas de massagem, cinesioterapia (exercício de Kegel), terapia manual e o uso de cones vaginais e eletroestimulação tendo efeitos positivos no orgasmo na melhora da dispareunia, satisfação sexual e a libido.

Referências

1. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a University Hospital in Istanbul. *J Sex Med.* 2008;5(9):2044-52. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x
2. Collumbien M, Busza J, Cleland J, Campbell O. *Social science methods for research on sexual and reproductive health.* Geneva: WHO; 2012.
3. Auwad WA, Hagi SK. Female sexual dysfunction: what Arab gynecologists think and know. *Int Urogynecol J.* 2012;23(7):919-27. DOI: 10.1007/s00192-012-1701-7
4. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. psiquiatr. clín.* 2006;33(3):162-7. DOI: 10.1590/S0101-60832006000300006
5. Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med.* 2002;59(4):250-7.
6. Burri A, Hysi P, Clop A, Rahman Q, Spector TD. A genome-wide association study of female sexual dysfunction. *PLoS One.* 2012;7(4):e35041. DOI: 10.1371/journal.pone.0035041
7. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.* 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
8. Cabral PU, Canario AC, Spyrides MH, Uchoa SA, Eleuterio Junior J, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013; 120: 271-274. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.09.023
9. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause.* 2009;16(6):1139-48. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181a4e317
10. Etienne MA, Waitman MC. *Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico.* São Paulo: LPM;2006.
11. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia?: implications for the new DSM- 5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Arch sex behav.* 2015;44(6):1537-50. DOI: 10.1007/s10508-014-0430-z
12. Brotto LA, Sadownik LA, Thomson S, Dayan M, Smith KB, Seal BN, et al. A comparison of demographic and psychosexual characteristics of women with primary versus secondary provoked vestibulodynia. *Clin J Pain.* 2015;30(5):428-35. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31829ea118

13. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, Whiteside J. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecol J*. 2015;26(6):845-52. DOI: 10.1007/s00192-014-2606-4
14. Aydın S, Arıoğlu Aydın C, Batmaz G, and Dansuk R. Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: A randomized study. *J Sex Med* 2015;12:463-9. DOI: 10.1111/jsm.12788
15. Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel IL, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: a feasibility study. *J Sex Med*. 2015;12(1):228-37. DOI: 10.1111/jsm.12740
16. Salvatore S, Maggiore ULR, Athanasiou S, Origoni M, Candiani M, Calligaro A, et al. Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study. *Menopause*. 2015;22(8):845-9. DOI: 10.1097/GME.0000000000000401
17. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand M, Khalife S, Waddell G, et al. Randomized controlled trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight topical lidocaine in women suffering from provoked vestibulodynia. 40th Annual Meeting of the International Urogynecological Association, IUGA 2015;26(1 Suppl 1):S47-S49.
18. Eftekhari T, Sohrabi M, Fedeyeh H., Shariat M, Miri E. Comparison effect of physiotherapy with surgery on sexual function in patients with pelvic floor disorder: A randomized clinical trial. *Iran J Reprod Med*. 2016;12(1):7-14.
19. Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, McLean L, Chamberlain S. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for Provoked Vestibulodynia: A Randomized Pilot Study. *J Sex Med*. 2016;13(1):88-94. DOI: 10.1016/j.jsxm.2015.12.003
20. Schmitt JJ, Singh R, AL, Mara KC, Harvey-Springer RR, Fick FR, Occhino, JA. Prospective Outcomes of a Pelvic Floor Rehabilitation Program Including Vaginal Electrogalvanic Stimulation for Urinary, Defecatory, and Pelvic Pain Symptoms. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017;23(2):108-13. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000371
21. Schwartzman R, Schwartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(5):378-94. DOI: 10.1080/0092623X.2018.1549631
22. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. 2019;7:1003e22. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515329052> DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01642.x
23. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019;30(11):1849-55. DOI: 10.1007/s00192-019-04019-3
24. Aveiro MC, Garcia APU, Driusso P. Effectiveness of physical therapy for vaginismus: a literature review. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009;16(3):279-83. DOI: 10.1590/S1809-29502009000300016.