

Artigo original

Incidência e abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais em um grupo de mulheres climatéricas e menopáusicas

Incidence and physical therapy approach on sexual dysfunctions in a group of menopausal and climacteric women

Helena Rigodanzo*, Hedionéia Maria Foletto Pivetta, Ft., M.Sc.**

.....
**Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, Santa Maria – RS, **Docente do Centro Universitário Franciscano, UNIFRA, Santa Maria-RS*

Resumo

As mulheres, no seu ciclo de vida, passam por diversas fases do seu amadurecimento sexual. O período do climatério e a menopausa podem vir acompanhados de alterações na sexualidade feminina caracterizadas por disfunções sexuais, onde algumas mulheres passam a não corresponder adequadamente às respostas sexuais fisiológicas. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os efeitos de um programa fisioterapêutico nas disfunções sexuais em um grupo de mulheres climatéricas e menopáusicas. Esta é uma pesquisa quanti-qualitativa do tipo experimental sem grupo controle e com pré e pós-teste. Para isso, foram avaliadas 4 mulheres, três delas no período da menopausa e uma delas, no climatério. As mulheres foram avaliadas a partir de um questionário elaborado pela autora e validado, aplicado antes e após o programa de exercícios terapêuticos durante o período de junho a setembro, totalizando 15 encontros. Foi possível concluir que os efeitos do programa de exercícios são benéficos para a saúde sexual das mulheres e sua qualidade de vida, pois promoveu o aumento da satisfação sexual, minimizou as disfunções sexuais femininas nas mulheres participantes da pesquisa, bem como desmistificou tabus acerca do ato sexual.

Palavras-chave: climatério, menopausa, fisioterapia, disfunções sexuais.

Abstract

Women in their life cycle pass through different sexual maturing phases. The climacteric period and the menopause can be characterized by female sexual alterations marked by sexual dysfunctions in which some women do not appropriately correspond to the physiological sexual responses. The aim of this research was to evaluate the effects of a physical therapy program on sexual dysfunctions in a group of menopausal and climacteric women. This was an experimental and qualitative research without control group and with pre and post-test. For this, four women were evaluated, three on their menopausal period, and one on her climacteric period. The women were evaluated through a questionnaire created by the author of this work and validated, applied before and after the therapeutic exercise program, from June to September, with 15 meetings. It was possible to conclude that the effects of the exercise program bring benefits for the women's sexual health and quality of life, because it caused increase of sexual satisfaction, minimized the female sexual dysfunctions in the women who participated on this research, as well as demystified taboos related to sexual act.

Key-words: climacteric, menopause, physical therapy, sexual dysfunctions.

Recebido em 9 de setembro de 2008; aceito em 8 de dezembro de 2008.

Endereço para correspondência: Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Rua 1, nº 5, Loteamento Santos Dumont, Camobi 97110-755 Santa Maria RS, Tel: (55) 3226-1116, E-mail: hedioneia@unifra.br

Introdução

As mulheres, no seu ciclo de vida, passam por diversas fases de seu amadurecimento sexual. O climatério e a menopausa correspondem a um período de intensas modificações no organismo da mulher, tanto físicas quanto emocionais. O climatério é considerado como uma fase de transição entre o período fértil e o não reprodutivo e marcado pela menopausa, último fluxo menstrual da mulher. Nesse período, é comum o surgimento de problemas na sexualidade.

Santos [1] refere-se à sexualidade como uma manifestação de amor, de afeto, tomando outras formas de expressão, ultrapassando os limites da relação genital. Comenta ainda que o que mantém o ser humano vivo é a afeição, a ternura, o sonho, a presença de alguém que o escute, e com quem compartilhe a vida e esses são sentimentos e ações que importam na relação sexual de um casal.

De acordo com Juncklos [2] a sexualidade é abordada como um tema complexo, não se restringindo apenas aos órgãos sexuais ou ao ato sexual, projetando-se em todo o corpo. Ela repercute e influencia o comportamento humano, abrange aspectos biológicos, antropológicos, socioculturais e psicológicos.

O Ministério da Saúde [3] garante às mulheres os seus direitos sexuais, nos quais podem expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do parceiro. Oferece ainda serviços de saúde gratuitos, que garantem privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminações.

O Ministério da Saúde regulamenta a atenção à saúde da mulher através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual [4].

Atualmente existem dois modelos de estudo sobre as respostas sexuais biológicas, que dividem as fases da resposta sexual humana para melhor compreensão. Um dos modelos é o de Masters e Johnson, que separam as respostas sexuais em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução; e o outro modelo é o de Helen Kaplan que divide as fases em: desejo, excitação e orgasmo [5].

A fase de desejo é caracterizada pelo apetite sexual em resposta a estímulos visuais, olfativos e pensamentos [6]. Já Masters e Johnson [7], referem que “a fase do excitação origina-se a partir de qualquer estímulo, somático ou psíquico. O fator estimulante é importante para estabelecer o incremento suficiente da tensão sexual”.

Nesta fase, o processo de excitação sexual é dividido em respostas extragenitais e genitais. As respostas extragenitais são caracterizadas por três reações, as vasocongestivas (fluxo sexual e aumento da vascularização mamária); as miotônicas (aumento da tensão muscular, caracterizada por contrações

musculares voluntárias e involuntárias) e alterações dos sinais vitais. As respostas genitais (aumento do diâmetro dos grandes e pequenos lábios, lubrificação vaginal, modificação da cor dos pequenos lábios) são divididas e caracterizadas em dois grupos, as femininas e as masculinas [5].

Masters e Johnson [7] referem que a fase do platô do ciclo sexual é atingida caso permaneça o estímulo e a excitação. Nesta segunda fase, as tensões sexuais são intensificadas e após atingem um nível mais elevado, o qual o indivíduo pode atingir o orgasmo. Silva [8] descreve a fase do platô como um período relativamente curto e intenso, seguido quase imediatamente pela fase do orgasmo.

Segundo Masters e Johnson [7] a fase orgásmica ocorre rapidamente, quando a vasoconstricção e a miotonia são libertadas após os estímulos sexuais. O clímax involuntário é atingido em qualquer etapa que represente o máximo da tensão sexual. Existe bastante variedade de duração e intensidade do orgasmo entre homens e mulheres. O orgasmo difere de pessoa para pessoa e algumas vezes, oferece sensações diversas pela mesma pessoa em momentos distintos [9].

A fase de resolução é a fase definitiva do ciclo sexual. É um período involuntário da tensão que ocorre a partir do platô e orgasmo para o relaxamento e repouso, ou seja, o corpo e os tecidos voltam à normalidade e para um estágio não estimulado [7,8].

As disfunções sexuais femininas no climatério e menopausa podem ocorrer em qualquer fase da resposta sexual e são provocadas por diversos motivos emocionais e físicos. A passagem para a fase infértil para algumas mulheres é um fator angustiante, pois para muitas delas a relação sexual tem o objetivo somente de reprodução. Muitas mulheres não têm o conhecimento de que as alterações hormonais desta etapa além de provocar sintomas climatéricos como fogaços, tontura, palpitações e irritabilidade, podem ocasionar disfunções na sua sexualidade.

A disfunção sexual (DS) é qualquer transtorno físico ou emocional que acarreta em algum prejuízo da função sexual. As alterações na sexualidade da mulher podem ocorrer em qualquer fase do seu ciclo de vida, porém é na fase do climatério e menopausa em que a mulher está mais suscetível, pois passa por um período de transição de fértil para o não reprodutivo. Essa passagem é caracterizada pela queda dos níveis hormonais, que desencadeia muitas alterações físicas devido à deficiência de estrogênio, como o trofismo dos músculos, diminuição da libido e diminuição da lubrificação vaginal. Estes são alguns dos fatores que podem provocar disfunção na sexualidade feminina, provocando dor ou desconforto na relação sexual e até mesmo diminuição do desejo sexual [10,9].

Para Abdo e Fleury [11] a disfunção sexual envolve uma alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução), ou dor associada ao ato, podendo se manifestar de modo persistente ou recorrente.

Dentre algumas disfunções sexuais encontram-se a anorgasmia, caracterizada pela não obtenção do orgasmo; a

dispareunia, ou seja, a dor durante ou após a relação sexual; o vaginismo, no qual ocorre uma contração involuntária dos músculos perineais que impedem a penetração do pênis, dos dedos ou qualquer objeto na vagina; outro distúrbio é o desejo sexual hipoativo, que é a deficiência contínua ou recorrente do interesse sexual, fantasias e pensamentos sexuais. Esta perda do desejo sexual pode resultar em aversão sexual, fazendo com que a mulher evite totalmente o ato sexual [12].

Segundo Etienne e Waitman [13] a prevalência das disfunções sexuais femininas aumenta com a idade.

Dentro desse contexto, Medeiros, Braz e Brongholi [14] em pesquisa realizada sobre o aprimoramento da vida sexual feminina, comentam que a Fisioterapia surge como uma nova opção de tratamento e pode minimizar os efeitos da disfunção sexual na saúde da mulher.

Tendo em vista o conceito ampliado de saúde e entendendo que a sexualidade faz parte da qualidade de vida, esta pesquisa justificou-se pela abordagem à saúde da mulher climatérica e menopáusicas, dando enfoque às disfunções sexuais. Buscou-se promover a saúde das mulheres em um contexto global, pois a sexualidade envolve a auto-estima, auto-imagem, segurança, bem-estar, relações interpessoais e confiança.

A abordagem fisioterapêutica propôs esclarecer dúvidas a respeito da função sexual e da disfunção sexual, melhorar a consciência corporal e realizar um programa de exercícios terapêuticos, buscando promover uma melhora na sexualidade feminina.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar a incidência das disfunções sexuais e avaliar os efeitos de um programa fisioterapêutico na disfunção sexual em um grupo de mulheres climatéricas e menopáusicas.

Material e métodos

Essa pesquisa teve abordagem quanti-qualitativa do tipo experimental, sem grupo controle, com pré e pós - teste. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). As participantes da amostra foram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizada uma abordagem coletiva de Fisioterapia para a amostra. Para Bricarello *et al.* [15] a terapêutica de grupo proporciona um sistema de apoio consistente à paciente que se encontra ansiosa, culpada ou envergonhada acerca de um problema sexual. Polden e Mantle [16] referem que as sessões de tratamento em grupo são eficientes como técnica terapêutica e mais agradáveis para as mulheres.

Teve como proposta, num primeiro momento, o levantamento epidemiológico de mulheres climatéricas e menopáusicas que possuíam disfunção sexual em um grupo de mulheres (grupo Vencer Sempre) localizado na Vila Caramelo e tendo como referência a Unidade Básica de Saúde Roberto Binato na cidade de Santa Maria, RS. A partir do levantamento

epidemiológico, as mulheres que apresentaram algum tipo de disfunção e que se encontravam no climatério e menopausa foram convidadas a participar do grupo de exercícios para sexualidade mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra constou de 4 mulheres que estavam no período do climatério e/ou menopausa que apresentavam queixas de disfunção sexual, definidas a partir da aplicação do questionário de levantamento de incidência epidemiológica das disfunções sexuais femininas. O período da pesquisa ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2007. O local dos encontros foi em um espaço cedido na Escola Estadual Irmão Quintino, região oeste da cidade de Santa Maria-RS.

A partir da consolidação do grupo, outro instrumento de pesquisa aplicado pela pesquisadora foi o questionário de avaliação sobre as disfunções sexuais que acometem as mulheres da amostra, adaptado para esta pesquisa e validado por 5 fisioterapeutas [17-19,2]. Este questionário constou de perguntas abertas e fechadas e de uma anamnese, coletando dados de identificação, história ginecológica e obstétrica. Englobou questões referentes à sexualidade, o tipo de disfunção sexual e a sua influência na vida da mulher, assim como questões sobre a qualidade de vida. Teve por objetivo identificar quais eram as disfunções sexuais mais frequentes encontradas na amostra, assim como avaliar o grau de satisfação e o conhecimento sobre a sexualidade. Este instrumento de pesquisa foi aplicado no início e final do programa fisioterapêutico que constou de 15 encontros.

Preconizou-se o trabalho de educação em saúde para que as mulheres obtivessem maior conhecimento corporal para compreensão da anatomia e fisiologia para posteriormente abordar as disfunções sexuais femininas. Para tanto, foram levadas ilustrações que facilitassem a visualização da anatomia genital feminina para este grupo de mulheres. Além das ilustrações, as mulheres foram esclarecidas sobre a sexualidade e disfunções sexuais femininas. Após foi distribuído o questionário sobre as disfunções sexuais no grupo de mulheres climatéricas e menopáusicas que foi preenchido individualmente pelas participantes.

O programa fisioterapêutico foi composto por exercícios que visavam a consciência corporal, propriocepção, exercícios de reeducação respiratória diafragmática, alongamento e fortalecimento perineal e musculatura relacionada como adutores, abdutores do quadril, glúteos e abdominais.

As mulheres participaram de 16 encontros de fisioterapia, uma vez a cada semana. Durante os dois primeiros encontros foi realizada a aplicação dos instrumentos de pesquisa. Para os próximos 14 encontros, as mulheres foram convidadas a participar do programa de exercícios terapêuticos com duração de sessenta minutos. Para os exercícios do solo foi solicitado às participantes da pesquisa que levassem de sua residência um recurso para colocar no solo, por exemplo, toalha de banho e/ou colchonete. Para os exercícios que utilizaram a bola suíça como recurso terapêutico, a responsabilidade foi da pesquisadora.

Resultados e discussão

No momento do levantamento epidemiológico o grupo Vencer Sempre estava composto por 19 participantes, as quais responderam o instrumento sobre a Incidência Epidemiológica das disfunções sexuais (DSF). Destas mulheres, 11 apresentavam um ou mais sintomas de alterações na sua sexualidade, porém apenas 3 aceitaram e permaneceram na pesquisa durante o tempo proposto. Essa primeira etapa atingiu o objetivo de avaliar a incidência epidemiológica de mulheres climatéricas e menopáusicas que possuíam disfunção sexual.

Para Berman e Berman; Goldstein *apud* Scanavino [20] in Etienne e Waitman [13] as DSF alcançaram elevadas taxas de prevalência na população e por este motivo é um importante problema da saúde da mulher e que apresenta significativa influência na qualidade de vida.

Bricarello *et al.* [15] afirmam que nos dias atuais, cerca de 30% dos indivíduos de ambos os sexos apresentam disfunção sexual ou preocupação em relação a sua sexualidade.

Caracterização do grupo fisioterapêutico

A caracterização dos sujeitos de pesquisa baseou-se no instrumento fisioterapêutico aplicado ao grupo constituído por 4 mulheres, 3 oriundas do Grupo Vencer Sempre e uma através do encaminhamento pela equipe de saúde da UBS Roberto Binato.

Este grupo de mulheres apresentou idade entre 46 e 63 anos, tendo uma média de 52 anos. Das 4 mulheres, 3 encontravam-se no período pós-menopausa e 1 na fase climatérica. Todas realizavam atividade física regularmente; o perfil psicológico variou de calma a ansiosa, 3 mulheres tiveram gestações e o tipo de parto predominante foi vaginal com episiotomia.

O dado acima vem ao encontro de Etienne e Waitman [13] que referem que mulheres múltiparas submetidas à episiotomia podem ter danos de força e sensibilidade perineal acarretando em prejuízo da qualidade de vida sexual. Além disso, Polden e Mantle [16] afirmam que a gestação e o tipo de parto são fatores de risco para alteração da força muscular do assoalho pélvico.

Entre as doenças e cirurgias ginecológicas apontadas no instrumento de pesquisa, observou-se casos de endometriose, candidíase, mioma uterino, histerectomia, ooforectomia e salpingectomia. Nenhuma das participantes fazia uso de hormonioterapia.

Cavalcanti *et al.* [21] mostram que o efeito da histerectomia na sexualidade depende de fatores físicos, psicológicos, culturais, religiosos e educacionais. Pelo fato do útero ser historicamente considerado um órgão sexual, fonte de energia e vitalidade, a sua remoção pode alterar a percepção que a mulher tem de si própria, principalmente a sua feminilidade e atração, desejo sexual e habilidade para a resposta sexual.

Em relação à incontinência urinária (IU), 2 mulheres apresentavam sintomas, 1 delas apresentava perda urinária aos esforços e também em situações de urgência; a outra, apresentava perdas urinárias somente aos esforços. As duas incontinentes relataram significativa melhora após o programa de exercícios fisioterapêuticos em relação à perda urinária.

Moreno [22] afirma que a relação entre incontinência urinária e disfunções sexuais pode aparecer de diversas maneiras e os sintomas urinários ou as reações frente a esse problema do parceiro podem ser a causa direta de dificuldades sexuais. Neste sentido, Etienne e Waitman [13] salientam a fisioterapia como tratamento não invasivo da IU, a qual através de exercícios perineais melhora a perda urinária e seus sintomas e ainda melhora a função e o desempenho sexual.

Todas as participantes tinham companheiro e vida sexual ativa relatando praticar o ato sexual mais que 1 vez por semana, sendo que 3 delas relataram fazer uso de lubrificante vaginal durante a relação sexual. O quadro I expressa a frequência de vezes por semana da atividade sexual das participantes da pesquisa

Quadro I - Frequência sexual na amostra de mulheres climatéricas e menopáusicas antes e após aplicação dos exercícios fisioterápicos.

Participantes	Pré-teste	Pós-teste
1	1 vez na semana	1 a 2 vezes na semana
2	2 vezes na semana	2 a 3 vezes na semana
3	2 a 3 vezes na semana	6 vezes na semana
4	3 vezes na semana	4 vezes na semana

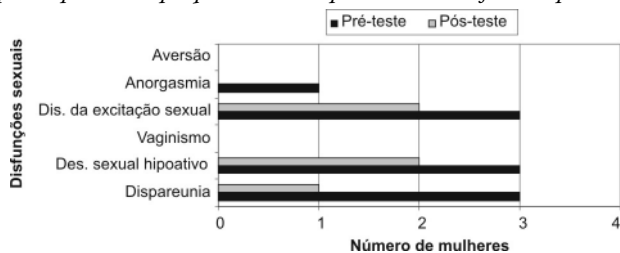
De Lorenzi e Saciloto [23] afirmam que quanto maior a idade, mais intensa é a sintomatologia climatérica, sendo assim, menor é a satisfação e menos freqüente é a atividade sexual.

Em concordância, Badran *et al.* [24] referem que grande parte das mulheres no período pós menopausa reduzem a freqüência sexual, diminuem a libido e têm redução da lubrificação vaginal após se excitar. Dentre as fases do sexo que elas relataram passar no pré-teste, 3 delas relataram passar pela fase do desejo, 3 pela fase da excitação, 1 delas pela lubrificação, 3 delas pelo orgasmo, e as 4 pela resolução. No pós-teste, 3 relataram passar pela fase do desejo, 4 delas pela excitação, 3 pela lubrificação, 4 delas pelo orgasmo, 4 na fase da resolução.

Dentre as disfunções sexuais que as participantes apresentavam no pré-teste, destaca-se anorgasmia (referida por 1), dispareunia (referida por 3 mulheres), desejo sexual hipoativo (referido por 3 mulheres) e distúrbio da excitação sexual (caracterizado pela secura vaginal, citado também por 3 mulheres). No pós-teste houve significativa melhora, a anorgasmia desapareceu, a dispareunia foi referida por apenas 1 mulher, o desejo sexual hipoativo referido por 2 mulheres e o distúrbio da excitação sexual referido também por 2 mulheres. O Gráfico I demonstra a incidência e tipos de disfunções

sexuais nas participantes da pesquisa antes e após a aplicação do programa de exercício.

Gráfico I - Incidência e tipos de disfunções sexuais femininas nas participantes da pesquisa antes e após tratamento fisioterapêutico.

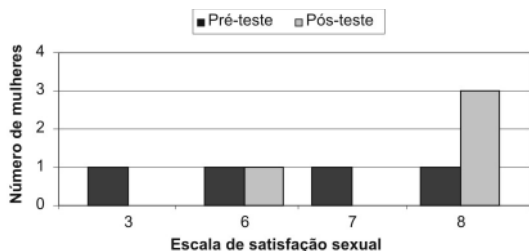


Estes dados vão ao encontro de Bricarello *et al.* [15] que afirmam que a alteração sexual mais freqüente encontrada nas mulheres sexualmente ativas atualmente é o desejo sexual hipotivo ou ausência de desejo sexual. Ainda comenta que a falta do desejo sexual não impede a obtenção do prazer ou excitação sexual, apenas torna menos provável a iniciação da atividade sexual.

De acordo com Abdo *et al.* *apud* De Lorenzi e Saciloto [23] um estudo envolvendo 4753 ginecologistas brasileiros revelou que dentre as dificuldades sexuais mais citadas entre as mulheres que procuram serviço médico, a diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas.

Contemplando o objetivo de avaliar os efeitos de um programa fisioterapêutico nas disfunções sexuais, as participantes atribuíram uma nota antes e após o programa de exercícios, numa escala sobre a satisfação sexual [18]. Essa escala variou do 0 (zero) ao 10, sendo que o zero correspondia à muito insatisfeita e 10 à muito satisfeita. Nessa questão, no pré-teste, anterior ao programa fisioterapêutico, foi citado escala 3, 6, 7 e 8 de satisfação sexual e no pós-teste, após a aplicação do programa fisioterapêutico, a satisfação aumentou relativamente, sendo 6, 8, 8 e 8 respectivamente. O Gráfico II apresenta o grau da satisfação sexual das mulheres participantes da amostra antes e após aplicação dos exercícios fisioterapêuticos.

Gráfico II - Grau de satisfação sexual da amostra antes e após tratamento fisioterapêutico.



Medeiros, Braz e Brongholi [14] relatam em sua pesquisa, que pacientes aumentaram sua satisfação sexual após programa de cinesioterapia para musculatura do assoalho pélvico sendo que as mulheres anorgásmicas passaram a experimentar orgasmos. Em concordância, Rabelo [25] afirma

que os exercícios perineais aumentam a satisfação sexual em mulheres anorgásmicas.

Cabral e Faria [26] afirmam que a cinesioterapia promove aumento da vascularização local e normalização do tônus, além de melhorar a propriocepção da musculatura perineal. Ainda ressaltam que o fortalecimento do períneo é indicado para os casos de diminuição do desejo sexual, de excitação e anorgasmia.

Etienne e Waiman [13] citam Kegel que afirma que para a preservação e restauração da função muscular perineal, nada é tão essencial que os exercícios executados pelo esforço próprio das pacientes.

Mannocci [5] refere que os exercícios perineais destinam-se a intensificar as sensações na área perineal, aumentando a consciência e propriocepção corporal da região do assoalho pélvico.

Já Bianco [17] relata em seu estudo sobre os efeitos dos exercícios no assoalho pélvico na sexualidade feminina, que todas as pacientes pesquisadas referiram aumento da satisfação sexual com um aumento da freqüência dos orgasmos, maior desejo sexual, mais facilidade para atingir o orgasmo e orgasmos múltiplos.

Grosse e Sengler [27] ratificam que a Fisioterapia na anorgasmia é de extrema importância, pois pode auxiliar na obtenção de vários tipos de contrações e devido a este fator favorece a mulher na obtenção do orgasmo durante o ato sexual.

Tendo como norteador o objetivo de pesquisa de analisar a percepção e os conhecimentos das mulheres, sobre o que pensam em relação ao sexo, no pré-teste 4 mulheres relataram ser uma realização mútua e uma delas ser também um ato que promove prazer mútuo. No pós-teste, todas relataram que sexo é uma realização mútua e algo que promove o seu prazer.

Este dado vai ao encontro de Bianco [17] que afirma que cada vez mais as mulheres não estão procurando os serviços de saúde apenas para a cura dos seus problemas como também buscando alternativas para o aumento do seu prazer sexual.

Observa-se uma nova visão de sexualidade por parte das mulheres climatéricas e menopáusicas, sendo que estas estão revendo seus valores, pensando em sua sexualidade de maneira mais igualitária e liberal, deixando para trás um passado de relações sexuais submissas com pouca possibilidade de expressar seus desejos e seus sentimentos.

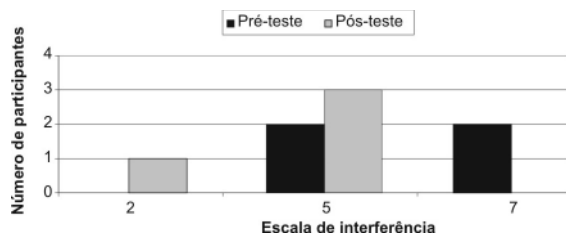
Matheus *et al.* [28] contradizem este fato, pois comentam que as mulheres aprendem desde cedo que devem obedecer e agradar seus companheiros. Comenta ainda que mulheres no período do climatério e menopausa foram ensinadas que não interessa o seu desejo e sim o desejo do outro.

No pré-teste, 3 mulheres relataram não ter dificuldade em falar de sexo e no pós-teste as 4 referiram não ter essa dificuldade.

Contemplando o objetivo da pesquisa de verificar a influência das disfunções sexuais na qualidade de vida das mulheres numa escala de 0 (zero) a 10 em relação à quanto o problema

na sexualidade interferia na sua qualidade de vida, quanto maior o valor citado pelas participantes, maior seria a interferência na sua qualidade de vida. O gráfico III demonstra que no pré-teste a escala variou de 5, referido por 2 participantes, a 7 citado pelas outras 2 mulheres; no pós-teste uma mulher citou escala 2 e as outras 3 citaram escala 5.

Gráfico III - Grau da interferência das disfunções sexuais na qualidade de vida das participantes.



Bianco [17] afirma que uma melhora na vida sexual reflete na auto-estima, relações sociais, confiança, personalidade e segurança.

De acordo com De Lorenzi *et al.* [29] a sexualidade mostra-se como um aspecto importante da qualidade de vida no período pós-menopausa.

Em relação à satisfação com a qualidade de vida antes da aplicação do programa de exercícios todas relataram estarem satisfeitas com a sua qualidade de vida, enquanto que no pós-teste 2 citaram estar muito satisfeitas e as duas restantes permaneceu inalterado.

Respondendo a questão sobre o quanto elas se sentiam incomodadas com a sua disfunção sexual, no pré-teste todas citaram mais ou menos, no entanto, no pós-teste, uma das mulheres relata se incomodar muito pouco com sua alteração na sexualidade, as outras permaneceram inalteradas.

Conclusão

Observou-se um elevado índice de disfunções sexuais femininas no levantamento epidemiológico e em muitos casos a associação entre uma disfunção sexual e outra.

Destaca-se um elevado índice de incontinência urinária. Neste aspecto, podemos destacar que a IU influencia de modo negativo na resposta sexual feminina, podendo ser um dos motivos para que a mulher desenvolva sintomas de disfunções sexuais. Destaca-se também que as disfunções sexuais interferem de modo negativo na qualidade de vida das mulheres.

Outro aspecto relevante é a importância de se trabalhar educação em saúde, fazendo com que as mulheres tenham maiores percepções sobre si mesmas e sobre as modificações decorrentes do seu ciclo de vida. Momentos de educação em saúde promovem a saúde, pois oferecem oportunidades as mulheres de obterem maior conscientização corporal, melhorar o seu autocuidado e assim sua auto-estima.

De acordo com os resultados obtidos na presente pesquisa, foi possível concluir que o programa de exercícios fisiotera-

pêuticos auxilia na melhora da sexualidade feminina bem como suas disfunções sexuais, pois promoveu o aumento da satisfação sexual, minimizou as disfunções sexuais femininas nas mulheres participantes da pesquisa, bem como desmistificou tabus acerca do ato sexual. No que se refere à qualidade de vida das mulheres, percebe-se que houve uma melhora no grau de satisfação das participantes, indicando que a qualidade de vida é influenciada pela sexualidade. Além disso, observa-se um novo perfil feminino, onde as mulheres tornam a buscar alternativas para a sua melhor satisfação sexual, deixando de lado um antigo paradigma de apenas satisfazer o marido/companheiro o que fazia da mulher um objeto sem sentimentos e desejos.

Outro aspecto relevante nesta pesquisa foi a falta de bibliografia e, principalmente a pouca divulgação e estudos da Fisioterapia com esta abordagem terapêutica.

Ressalta-se a importância de novos estudos de Fisioterapia em relação à sexualidade feminina, não apenas pesquisas que levantem a incidência ou avaliem a qualidade de vida como também pesquisas sobre atuações da Fisioterapia sobre a sexualidade na saúde da mulher. Além disso, pesquisas com enfoque interdisciplinar para que se tenha uma abordagem mais integral à saúde da mulher.

Agradecimentos

A todos que colaboraram com a pesquisa, entre eles a professora Melissa Medeiros Braz a todas as participantes.

Referências

1. Santos SS. Sexualidade e amor na velhice. Porto Alegre: Sulina; 2003.
2. Juncklos A. Efeitos da fisioterapia com cones vaginais e exercícios perineais na vida sexual de mulheres nuligestas orgásmicas [monografia] Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2005.
3. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS; 2006.
4. Ministério da Saúde. Síntese das diretrizes para a política de atenção integral à saúde da mulher. Secretaria de Atenção à Saúde; Área técnica de saúde da mulher. Brasília: MS; 2003
5. Manocci JF. Disfunções sexuais: uma abordagem clínica e terapêutica. São Paulo: Byk; 1996.
6. Nunes P. Um estudo sobre a sexualidade no climatério em mulheres na uniexperiência. Projeto de pesquisa do curso de Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão; 2004.
7. Masters WH, Johnson VE. A conduta sexual humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
8. Silva, CM. Efeitos de um programa de hidrocinoterapia na anorgasmia feminina [monografia]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2004.
9. Bastos MH. Sorria você está na menopausa: um manual de terapia natural para a mulher. 3ª ed. São Paulo: Groud; 2001.

10. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Manole; 2004.
 11. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín* 2006;33(3):162-167.
 12. Berman J, Berman L. Só para mulheres. Rio de Janeiro: Record; 2003.
 13. Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: fisioterapia como recurso fisioterapêutico. São Paulo: LMP; 2006.
 14. Medeiros MW, Braz MM, Brongholi K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Fisioter Bras* 2004;5(3):188-93.
 15. Brincarello SGA, Nestarez E, Tosi VA, Barros DMS. Disfunção sexual feminina. *Rev Bras Med* 2000; 57(5):388-404.
 16. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Santos; 2002.
 17. Bianco, G. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina [monografia]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2004.
 18. O'Sullivan SB, Schimitz TJ. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 2a ed. São Paulo: Manole; 1993.
 19. OMS; Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998, Divisão de Saúde Mental. [citado 2007 Abr 30]. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>
 20. Scanavino MT. Disfunções sexuais. In: Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: fisioterapia como recurso fisioterapêutico. São Paulo: LMP; 2006.
 21. Cavalcanti AL, Bagnoli VR, Fonseca AM, Pinotti JA. Sexualidade nas mulheres histerectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obst* 2002;13(3):171-84.
 22. Moreno AL. Incontinência urinária. In: Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: fisioterapia como recurso fisioterapêutico. São Paulo: LMP; 2006.
 23. De Lorenzi DRS, Saciloto B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Brás* 2006;52(4):256-60.
 24. Badran AV, Araújo ALL, Nagae DKJ, Takahashi LR, Formicola NR, Miyamoto WR et al. Aspectos da sexualidade na menopausa. *Arq Méd Hosp Fac Méd Santa Casa São Paulo* 2007;52(2):39-43.
 25. Rabelo ALG. Proposta de tratamento fisioterapêutico através de exercícios perineais para mulheres com anorgasmia secundária. *Fisiobrasil* 2002;57(1):6-11.
 26. Cabral R, Faria LCA. Sexualidade. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
 27. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal: concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar. Barueri: Manole; 2002.
 28. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter* 2006;10(4):387-92.
 29. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha Junior I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Rev Assoc Med Brás* 2006;52(5):3212-7.
-