

Fisioter Bras 2018;19(1):65-71

ARTIGO ORIGINAL

Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico

Physical therapy care in female sexual function: educational intervention of the pelvic floor muscles

Christiane Kelen Lucena da Costa, D.Sc.*, Maria Helena Constantino Spyrides, D.Sc.** , Ana Cristina da Nóbrega Marinho, D.Sc.***, Maria Bernardete Cordeiro de Sousa, D.Sc.****

Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN, **Professora Adjunta do Departamento de Atmosféricas e Mudanças Climáticas, UFRN, *Professora do Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ, ****Professora Titular do Instituto do Cérebro da UFRN*

Recebido 3 de fevereiro de 2017; aceito em 3 de novembro de 2017.

Endereço para correspondência: Maria Bernardete Cordeiro de Sousa, Instituto do Cérebro, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Nascimento de Castro, 1255 Lagoa Nova 59056-450 Natal RN, E-mail: mbcousa@neuro.ufrn.br; Christiane Kelen Lucena da Costa: christianekelen@asper.edu.br; Maria Helena Constantino Spyrides: mhspyrides@gmail.com; Ana Cristina da Nóbrega Marinho: anacrn@hotmail.com

Resumo

O estudo tem a finalidade de realizar uma intervenção educativa baseada em exercícios perineais de conscientização e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e de aplicar perineometria e palpação digital para comprovar sua eficácia. O treinamento destes músculos produz aumento na vascularização pélvica e na sensibilidade clitoriana, ocasionando otimização da satisfação sexual. A amostra foi constituída por 31 adultas jovens que atenderam aos critérios de inclusão. O assoalho pélvico foi avaliado através da palpação digital pelo método Perfect e pelos perineômetros Peritron (9300+) e Biofeedback pressório ou Perina, além da aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI). As mulheres foram submetidas a uma intervenção, sendo orientadas, através de cartilha, a realizarem em seus domicílios duas vezes semanais os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Mensalmente, as participantes foram reavaliadas pelos mesmos instrumentos e evoluíram para um novo nível de exercícios da MAP. Verificou-se potencialização da força da MAP ao longo da intervenção e melhora da satisfação sexual, tendo influência positiva mais significativa nas respostas sexuais envolvendo desejo, excitação e orgasmo. Conclui-se que é fundamental que haja uma interação multidisciplinar para trabalhar com disfunções sexuais da mulher e estabelecer um aumento da eficácia da terapêutica.

Palavras-chave: sexualidade, saúde da mulher, disfunção sexual.

Abstract

The study aimed to apply an educational intervention based on perineal exercises of awareness and strengthening of the pelvic floor muscles (PFM) and apply perineometry and digital palpation to prove its effectiveness. Training these muscles produces an increase in pelvic vascularity and clitoral sensitivity, resulting in optimization of sexual satisfaction. The sample consisted of 31 young adults who attended the inclusion criteria. The pelvic floor was assessed by digital palpation by Perfect method and the perineometer Peritron (9300+) and Biofeedback pressure Perina, in addition to the questionnaire Female Sexual Function Index (FSFI). The women were submitted to an intervention, being oriented to conduct in their households, twice a week, the strengthening exercises of the pelvic floor through a hornbook. Every month, the participants were re-evaluated by the same instruments and evolved to a new level of PFM exercises. There was potentiation of the PFM force during the intervention and improved sexual satisfaction, and most significant influence on the sexual responses involving desire, arousal and orgasm. It is concluded to be fundamental the existence of a multidisciplinary interaction to work with sexual dysfunction of women and provide therapeutic efficacy increase.

Key-words: sexuality, women's health, sexual dysfunction.

Introdução

Aproximadamente 30% das mulheres não são capazes de contrair os músculos do assoalho pélvico na primeira avaliação [1]. Portanto, a conscientização individual e afirmação de que a mulher está contraindo corretamente a musculatura do assoalho pélvico (MAP) são essenciais antes de se iniciar o tratamento fisioterapêutico de fortalecimento desta musculatura [1]. Para tanto, a avaliação da função e da força da MAP é imprescindível para educar e proporcionar feedback na destreza da paciente em contrair e perceber a mudança de trofismo do início ao final da intervenção. É, mediante a manutenção da contração da musculatura perineal, que se pode avaliar a sua funcionalidade na sustentação dos órgãos pélvicos e na geração e manutenção da pressão positiva uretral feminina [2].

A MAP desempenha importante papel na função sexual feminina. Quando os músculos estão saudáveis, se apresentam volumosos, capacitando-os a suportarem as paredes vaginais. É fato que quando há uma debilidade do funcionamento dos MAP, a hipotonicidade e o desuso podem influenciar na função sexual feminina [3].

O estímulo sexual é reconhecido pelas informações processadas pelo cérebro, por experiências emocionais positivas e negativas. Contudo, a resposta ao estímulo ocorre primeiro em nível inconsciente e, posteriormente, de forma consciente. Por isso, se na intimidade há a interação entre o aspecto emocional e o bem-estar físico, consequentemente, incide o bom funcionamento do ciclo sexual [4].

A resposta sexual feminina é caracterizada por um ciclo, em que existe sobreposição das fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução, tendo uma combinação das respostas mentais e corporais. Quando há alteração nesse ciclo, interferindo na qualidade de vida da mulher, caracteriza-se uma disfunção sexual [5].

O desejo está relacionado a eventos subjetivos como fantasias sexuais, sonhos e sensações genitais. A excitação surge a partir de estímulos físicos e psicológicos ou de ambos. O orgasmo ocorre em poucos segundos, com uma série de contrações musculares que descarrega a tensão sexual acumulada até esta fase. E a resolução, consiste em uma fase gradual e progressiva de retorno dos elevados níveis de clímax e excitação aos níveis básicos de tensão sexual [6].

Durante a fase de excitação sexual, acontece um aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos genitais, resultando em vasocongestão, vasoconstrição pélvica, lubrificação, expansão vaginal e turgescência da genitália externa. A lubrificação vaginal é resultante de diversos processos, contendo a transudação de plasma pelo epitélio vaginal, secreções do útero e glândulas vestibulares [7].

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres [8].

A disfunção sexual feminina é um fenômeno neurovascular complexo que sofre influência de fatores psicológicos, hormonais, neurológicos, vasculares e musculares. Nos fatores hormonais, o estrogênio e a testosterona desempenham importantes papéis na regulação da função sexual feminina. Baixos níveis de testosterona estão relacionados à redução da excitação sexual, libido, orgasmo e sensação genital. Os níveis de estradiol desempenham influência sobre condução nervosa das células de todo o sistema nervoso periférico e central. Uma diminuição nos níveis de estrogênio sérico provoca afinamento do epitélio da mucosa vaginal e atrofia do músculo liso da parede vaginal, bem como promove redução da acidez do canal vaginal, o que leva a infecções vaginais, infecções do trato urinário e incontinência, além de queixas de disfunção sexual [9].

As disfunções do assoalho pélvico são condições que não ameaçam a vida, mas ocasionam considerável morbidade. Podem afetar intensamente a qualidade de vida das pacientes, promovendo limitações físicas, sociais, ocupacionais e ou sexuais [10].

Acredita-se que o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) na mulher, principalmente dos músculos isquiocavernosos e bulboesponjosos, por possuírem inserções no corpo cavernoso do clitóris, está envolvido na função sexual auxiliando nas fases de excitação e orgasmo. Alguns fatores também justificariam a melhora da queixa sexual após o treinamento desta musculatura, como o fato de a resposta orgástica da mulher ser um reflexo sensorio-motor que promove contrações dos músculos perineais durante o orgasmo. Além disso, o treinamento destes músculos também produz um aumento na vascularização pélvica e na sensibilidade clitoriana, o que ocasiona uma otimização da excitação e lubrificação. O aumento do fluxo sanguíneo e da mobilidade pélvica também potencializam a excitação genital e orgástica das mulheres [11].

Em 1948, Arnold Kegel criou uma série de exercícios direcionados para a musculatura do assoalho pélvico, realizados com contração voluntária que ocasiona o fechamento uretral, favorecendo o fortalecimento da musculatura perineal. Esses exercícios têm como objetivo básico otimizar a resistência uretral e melhorar os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos, além de aumentar o trofismo, principalmente as fibras musculares estriadas tipos II dos diafragmas urogenital e pélvico [12].

Há um novo desafio para se desmistificar o tabu da sexualidade dentro dos profissionais da saúde. Faz-se necessário introduzir o tema sexualidade nos atendimentos e na elaboração de um diagnóstico completo que possibilite intervenção multidisciplinar apropriada à singularidade de cada caso. Verifica-se, ainda, dificuldade nos critérios para definir a disfunção sexual feminina, pois, na maioria das vezes, a experiência sexual da mulher depende muito mais do contexto social do que da fisiologia dos órgãos genitais [13,14].

Material e métodos

A amostra é constituída por 31 adultas jovens que quiseram, voluntariamente, participar do estudo e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino e heterossexual; estar entre a faixa etária de 19 a 35 anos de idade; ter companheiro estável nos últimos 6 meses; não ser puérpera, ou seja, não ter tido parto há menos 6 meses; ter mantido relações sexuais durante os últimos 6 meses; estar clinicamente normal; e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, estando dispostas a participarem das técnicas propostas.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que contempla a eticidade, envolvendo seres humanos, no sentido de proteção aos sujeitos nela contemplados de acordo com a Resolução 466/2012. Após a aprovação da realização da pesquisa, segundo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo de nº 49859915.0.0000.5178, parecer nº 1.535.552, as participantes passaram por uma anamnese e, em seguida, foram encaminhadas para avaliação funcional do assoalho pélvico, com aplicação de questionário e instrumentos de avaliação física do assoalho.

Instrumentos de pesquisa

O assoalho pélvico foi avaliado através da palpação digital pelo método Perfect e pelos perineômetros Peritron (9300+) e Biofeedback pressório ou Perina, que consistem em instrumentos de avaliação objetiva da função muscular do assoalho pélvico, através de aparelho, determinando o valor da pressão exercida.

O método Perfect permite quantificar a intensidade, o número de contrações, tanto rápidas como lentas, além do tempo de sustentação das contrações. Além disso, este instrumento é um acrônimo para o método de avaliação dos componentes contráteis dos músculos do assoalho pélvico.

Perfect é um acrônimo utilizado para o método de avaliação que permite avaliar a função e força dos principais componentes contráteis dos músculos do pavimento pélvico, tendo cada letra um significado [15,16].

- **P = Power/pressure:** é a medida da força muscular ao se usar um aparelho de biofeedback manométrico e/ou o toque digital durante a contração voluntária máxima, segundo a escala modificada de Oxford em: Grau 0 - sem contração perineal visível, nem à palpação (ausência de contração); Grau 1 - sem contração perineal visível, contração reconhecível somente à palpação; Grau 2 - contração perineal fraca, contração fraca à palpação; Grau 3 - contração perineal presente e resistência não opositora à palpação; Grau 4 - contração perineal presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação; e Grau 5 - contração perineal presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação.
- **E = Endurance (duração):** a quantidade de tempo que a contração é mantida e sustentada, preferencialmente, acima de 10 segundos, antes que a força seja reduzida em 35% ou mais;
- **R = Repetição:** número de contrações mantidas, por exemplo, Grau 2, com manutenção de 3 segundos, repetidas 6 vezes, com 4 segundos de descanso entre elas;

- F = *Fast*: número das contrações rápidas (contração e relaxamento o mais rápido e o mais forte possível), medido após, pelo menos um minuto de descanso, e acima de 10 contrações;
- E = *Every*, C = *Contractions*, T = *Timed*: para o examinador medir e registrar o tempo e a sequência dos eventos pela cronometragem de todas as contrações. Um relaxamento parcial ou muito lento significa uma coordenação insatisfatória e um relaxamento total e rápido significa uma coordenação satisfatória; esse teste completa o exame vaginal.

O biofeedback (Perina 996-2) da marca Quarck, é um perineômetro de pressão que pode ser utilizado para avaliação e para indicar, ao paciente e ao terapeuta, a intensidade da pressão exercida durante a contração perineal, auxiliando no tratamento com um feedback visual.

No exame, este aparelho registra a pressão da contração da musculatura pélvica e traduz esta pressão/força através de sinais visuais em um display, que são leds que se acendem e ficam ao lado de três escalas numéricas que indicam a pressão em mmHg. É utilizado para avaliar mais precisamente a força dos MAP. Com as pacientes em litotomia, introduz-se a sonda do aparelho revestida por preservativo descartável no intróito vaginal da avaliada e, depois, a sonda insufla-se levemente até o avaliador verificar que a mesma está fixa confortavelmente.

O Peritron avalia os MAP em unidades de pressão cmH₂O e o Perina em mmH₂O. Foram utilizados para registrar a força da musculatura perineal em três situações: fase 1 - antes do programa de exercícios; fase 2 - quatro semanas após o início do programa de exercícios, e fase 3 - oito semanas após o início do programa de exercícios.

Além da avaliação física, foi aplicado o questionário do índice da Função Sexual Feminina (*Female Sexual Function Index (FSFI)*), que foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar de estudiosos da disfunção sexual feminina [17]. Suas categorias e subitens foram baseados na classificação de disfunção sexual feminina da AFUD (*American Foundation for Urologic Disease*). São 19 itens que analisam seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, enfatizando o distúrbio da excitação. Esta categoria é subdividida em dois domínios separados de lubrificação (quatro itens) e excitação propriamente dita (quatro itens), permitindo avaliar componentes periféricos (lubrificação), bem como centrais (excitação subjetiva e desejo).

O FSFI é fácil de administrar e analisar. Questionário de auto-resposta, composto por uma escala algorítmica capaz de avaliar cada domínio separadamente ou toda a composição. Nas questões 3 a 14 e 17 a 19, a graduação varia de 0-5 e nas questões 1, 2, 15 e 16, de 1-5. O resultado global é determinado pela somatória de cada domínio multiplicado por seu fator correspondente e pode variar entre 2 a 36, sendo os escores máximos representantes de uma melhor função sexual, e valores menores ou iguais a 26 indicativos para diagnóstico de disfunção sexual.

As mulheres foram orientadas, através de cartilha, a realizarem, em seus domicílios e duas vezes semanais, os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Na cartilha constam, inicialmente, conceitos breves da musculatura do assoalho pélvico, bem como sua anatomia e fisiologia. Em seguida, são abordados exercícios proprioceptivos para conscientização da musculatura em enfoque, bem como exercícios de flexibilidade e respiratórios. Os exercícios foram propostos na postura bípede por serem realizados em qualquer ambiente. O material educativo constou, ainda, de um diário de acompanhamento dos exercícios, onde as mulheres registraram a data e os exercícios realizados.

Mensalmente, as participantes foram reavaliadas com aplicação do FSFI e com a avaliação física do assoalho pélvico, evoluindo para um novo nível de exercícios da MAP.

Foi utilizada a análise estatística por Medidas repetidas, ANOVA, a fim de avaliar o desempenho dos participantes durante o programa de intervenção. Os instrumentos de avaliação da satisfação sexual foram aplicados em três fases do programa sendo, portanto, três momentos de avaliação, cada um dos quais é um nível da variável independente. Assim, as mesmas pessoas foram avaliadas mais de uma vez na mesma variável dependente. Também foi aplicado o Teste t de Tukey para comparação entre as médias das três avaliações (inicial, média e final), com uso para um valor de $p < 0,05$.

Resultados

A amostra foi constituída por 31 mulheres estudantes de cursos de graduação de uma faculdade da rede privada, sendo 71% (n=22) solteiras, 49% (n=15) brancas, 32% (n=10) pardas e 19% (n=6) negras.

Na Tabela I, verifica-se potencialização da força da musculatura do assoalho pélvico (MAP) ao se comparar as fases de avaliação. Constatou-se ganho da força da MAP após 8 semanas de intervenção com aplicação de material educativo de conscientização e fortalecimento da MAP. O desempenho das participantes, verificado pelo método PERFECT e pelo perineômetro Perina evidenciou diferenças entre a fase anterior a intervenção (Fase 1) e as fases 2 e 3 (ANOVA, $p < 0,001$), mas as fases 2 e 3 não diferiram entre si. Para o uso do perineômetro Peritron, a diferença estatística ocorreu entre as fases 1 e 2 em relação à fase 3 (ANOVA, $p < 0,001$), mas as fases 1 e 2 não diferiram entre si.

Tabela I - Valores médios ($\pm DP$) para as variáveis que avaliam o desempenho da força da musculatura do assoalho pélvico e seu respectivo valor-p, medida pelo Perfect e perineômetros Perina e Peritron na fase 1 (antes da intervenção), fase 2 (4 semanas após a intervenção) e fase 3 (8 semanas após a intervenção).

Etapas da avaliação	Perfect Total (*)	Perina (mm H ₂ O)	Peritron (mm H ₂ O)
FASE 1	17,87 ^b \pm 7,95	24,39 ^b \pm 2,37	67,02 ^b \pm 4,70
FASE 2	26,52 ^a \pm 9,43	32,19 ^a \pm 1,91	72,93 ^b \pm 3,58
FASE 3	28,29 ^a \pm 8,70	35,94 ^a \pm 1,61	79,81 ^a \pm 3,45
p-valor	<0,001	<0,001	<0,001

(*) valor total da avaliação por palpação digital que se refere ao somatório das médias de cada componente contrátil dos MAPs; quanto maior o valor melhor o desempenho dos MAPs. As letras a, b, c, informam sobre as diferenças estatísticas entre os valores para as 3 técnicas entre as 3 fases, onde letras iguais indicam que os valores não diferem entre si.

Tabela II - Resultado por domínios individuais e total dos valores obtidos utilizando o FSFI nas fases 1 (antes da intervenção), 2 (4 semanas após intervenção) e 3 (8 semanas após intervenção).

FSFI	Fase 1	Fase 2	Fase 3	P- valor
Desejo	4,7 ^{ab} \pm 0,1	4,6 ^b \pm 0,1	5,0 ^a \pm 0,2	0,031
Excitação	4,7 ^b \pm 0,2	5,0 ^a \pm 0,1	5,0 ^a \pm 0,1	0,042
Lubrificação	4,6 \pm 0,2	4,9 \pm 0,1	4,9 \pm 0,2	0,146
Satisfação	5,4 \pm 0,1	5,1 \pm 0,2	5,4 \pm 0,1	0,470
Orgasmo	4,4 ^b \pm 0,2	4,8 ^{ab} \pm 0,2	5,0 ^a \pm 0,2	0,007
Dor	4,5 \pm 0,3	4,9 \pm 0,2	5,0 \pm 0,2	0,178
Total	28,3^b \pm 1,0	29,4^a \pm 0,7	30,0^a \pm 0,6	0,016

As letras a, b, c, informam sobre as diferenças estatísticas entre os valores dos domínios nas 3 fases, onde letras iguais indicam que os valores não diferem entre si.

A tabela II mostra que a intervenção proporcionou melhora o escore total da função sexual (p -valor $< 0,05$), tendo influência estatisticamente significativa nas respostas sexuais envolvendo desejo, excitação e orgasmo (p -valor $< 0,05$). O domínio de desejo apresentou maiores escores na fase 3 em relação à fase 2, o de excitação apresentou maiores escores em relação nas fases 2 e 3 à fase 1. No que se refere ao orgasmo, os maiores escores foram significativos na fase 3 em relação à fase 1.

Discussão

A fisioterapia promove uma conscientização da musculatura íntima e da sexualidade individual do paciente. Com a realização de exercícios no MAP, ocorrem aumento da força muscular, coordenação, melhora do tônus local e da sensibilidade, restauração da circulação e, como consequência, observa-se aumento ou início do desejo, lubrificação e prazer.

Considerando a importância para a saúde da mulher de uma boa funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico e da diversidade de técnicas disponíveis para sua avaliação, este estudo aplicou uma intervenção educativa baseada em exercícios perineais de

conscientização e fortalecimento da MAP e a perineometria e palpação digital para comprovar sua eficácia.

Nossos resultados evidenciaram que houve potencialização da força da musculatura do assoalho pélvico (MAP) ao longo das avaliações durante a aplicação de exercícios de conscientização e fortalecimento da MAP. Deste modo, corroboram autores que relatam que a realização de exercícios terapêuticos nesta musculatura tem papel importante para a melhoria na funcionalidade, pois preconiza uma nova harmonização e educação desta musculatura, através de contrações isoladas desses músculos, associadas com posicionamento adequado da pelve e respiração [15].

Um estudo realizado para avaliar os efeitos da cinesioterapia na MAP, durante a gravidez, com 46 gestantes, divididas igualmente em dois grupos (controle e intervenção), utilizou, como instrumentos de avaliação, a perineometria (Perina) e palpação digital. Observou-se que houve aumento significativo da força [16].

Outro estudo, utilizando palpação digital e perineômetro, possibilitou a identificação de associações significativas entre métodos de avaliação. Além disso, foi evidenciado que o programa de exercícios resultou em aumento significativo da força dos MAPs em puérperas e contribuiu para a prevenção de incontinência urinária [18]. Efeitos positivos na força dos MAPs também foram relatados em mulheres múltiparas [19].

A disfunção sexual feminina também está relacionada com a idade, progressiva e altamente prevalente, afetando de 30 a 50% das mulheres americanas. O censo populacional americano mostrou que 9,7% milhões de americanas apresentam desconforto no intercurso e dificuldade de atingir o orgasmo [11].

O desejo foi a resposta sexual que teve mais influência com a intervenção. O interesse sexual ou desejo está relacionado a eventos subjetivos como fantasias sexuais, sonhos e sensações genitais [6]. Estudos apontam que mais da metade das mulheres (64%), apresentam disfunção do desejo sexual. Em um estudo com 1.219 mulheres, encontram-se indicativos que 49% tinham pelo menos uma disfunção sexual, sendo 26,7% relacionadas ao desejo, 23% caracterizadas como dispáuria e 21% anorgasmia [8].

Além do desejo, a presente intervenção também proporcionou melhora da satisfação sexual, tendo influência significativa nas respostas sexuais envolvendo excitação e orgasmo. Outro estudo também verificou melhora do desejo sexual, do orgasmo e do desempenho durante a relação sexual entre mulheres que realizaram a cinesioterapia [11].

Conclusão

Assim, a intervenção do estudo que preconizou a conscientização da MAP, bem como o seu fortalecimento, mostrou-se eficaz para o objetivo proposto. Porém, faz-se fundamental uma interação multidisciplinar para trabalhar com estas alterações na função sexual da mulher e para estabelecer um aumento da eficácia da terapêutica.

A fisioterapia é uma recente área no tratamento das disfunções sexuais femininas. O tratamento fisioterapêutico nesse campo tem como objetivos avaliar, prevenir e tratar as disfunções sexuais. Promove conscientização da musculatura do assoalho pélvico e influencia na sexualidade individual do paciente. Com a realização de exercícios nos MAP, ocorre aumento da força muscular, coordenação, melhora do tônus local e da sensibilidade, a circulação é restaurada, e, como consequência, favorece o aumento do desejo, lubrificação e prazer, o que corrobora os achados do estudo.

O tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas inclui técnicas, exercícios, abordagem comportamental, biofeedback, eletroterapia para reduzir quadro algico e termoterapia. Tanto o fortalecimento quanto a conscientização do assoalho pélvico são técnicas auxiliares no tratamento da disfunção sexual feminina. Além desses recursos, outros utilizados são os exercícios perineais com cones vaginais, cuja utilização terapêutica tem o objetivo de desenvolver a máxima funcionalidade da musculatura pélvica. Na literatura, há relatos de mulheres com músculos fracos que receberam reabilitação do assoalho pélvico com exercícios para os músculos dessa região, observando-se efeitos positivos na vida sexual.

As insatisfações sexuais podem se originar de diversos fatores, sendo, os mais comuns, os psicológicos adicionados ao desconhecimento corporal.

Novas pesquisas acerca do tema devem ser estimuladas. Os ensaios clínicos, especialmente, pois estes possibilitarão respostas mais substanciais indicativas da eficácia e da contribuição da intervenção fisioterapêutica na sexualidade feminina.

Referências

1. Bo K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World J Urol* 2012;30(4):437-43.
2. Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic floor muscle function and strength. *Phys Ther* 2005;85(3):269-82.
3. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osiss MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Gin Obst* 2010; 32(5):234-40.
4. Mendonça CR, Silva TM, Arruda JT, García-Zapata MT, Amaral AWN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina* 2012;40(4):195-202.
5. Magno LDP, Fontes-Pereira AJ, Nunes EFC. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. *Rev Pan-Amaz Saude [online]* 2011;2(4):39-46.
6. Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Clinics* 2011;66(1):83-6.
7. Woodard TL, Diamond MP. Physiologic measures of sexual function in women: a review. *Fertil Steril* 2009;92(1):19-34.
8. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista Neurociências* 2010;18:267-74.
9. Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and management. *Fertil Steril* 2007;88(5):1273-84.
10. Silva Filho AL, Fonseca AMRM, Camillato ES, Cangussu RO. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioter Pesq* 2013;20(1):90-96.
11. Delgado AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Rev Cient Esc Saúde* 2015;41(1):47-56.
12. Guerra TEC, Rossato C, Nunes EFC, Latorre GFS. Atuação da fisioterapia no tratamento de incontinência urinária de esforço. *Femina* 2014;42(6).
13. Fleury HJ, Abdo CHN. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina. *Diagn Tratamento* 2012;17(3):133-7.
14. Rohden F, Russo J. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):722-9.
15. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. *Physiotherapy* 2001;87: 631-42.
16. Oliveira C, Lopes MAB, Longo e Pereira LCL, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. *Clinics* 2007;62(4):439-46.
17. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
18. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Soc Bras Clin Med* 2011;9:408-13.
19. Assis TR, Sá ACAM, Amaral WN, Batista EM, Formiga CKMR, Conde DM. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. *Rev Bras Gin Obst* 2013;35(1):10-5.