

Artigo original

Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina

Physical therapy effects on women sexual life improvement

Maicon Wronski de Medeiros*, Melissa Medeiros Braz**, Karina Brongholi**

.....

**Acadêmico do Curso de Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão, **Professora da disciplina de Fisioterapia aplicada à Ginecologia e Obstetrícia II da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão*

Palavras-chave:
fortalecimento perineal,
vida sexual.

Resumo

Para a Organização Mundial da Saúde, a felicidade sexual é uma condição inseparável da condição de saúde. Com isso, a Fisioterapia assume importância na obtenção do prazer sexual. Este estudo é do tipo experimental sem grupo controle e com pré e pós-teste. Foram acompanhadas quatro pacientes, duas orgásmicas e duas anorgásmicas como objetivo de analisar o efeito do fortalecimento perineal na melhora da vida sexual e no tratamento da disfunção sexual feminina enquanto anorgasmia. Para isso, foi aplicado um questionário, uma ficha de avaliação e foi graduada a força perineal através de toque bidigital, cones vaginais e *biofeedback*. Foi estabelecido um protocolo de tratamento e realizados dez atendimentos. Observou-se que todas as pacientes relataram aumento da satisfação sexual, sendo que as anorgásmicas passaram a experimentar orgasmos. Embora não tenha havido ganho de força perineal significativo, o aumento da consciência corporal pode explicar a melhora da vida sexual.

Key-words:
perineal strengthening,
sexual life.

Abstract

For the World Health Organization, the sexual happiness is an inseparable condition of health. Due to it, the physical therapy has a great importance in order to obtain sexual pleasure. This is an experimental study without control group and with pre and post test. Four patients were attended, two of them with orgasm and the others anorgasmic. The aim was to analyze the effect of perineal strengthening in the improvement of the sexual life and, also, in the treatment of the women with anorgasmia. It was applied a questionnaire, an evaluation sheet, and was graduated the perineal power through finger touch, vaginal cone and *biofeedback*. It was established a treatment register and was realized follow-up. It was observed that all patients reported that their sexual pleasure had increased, and anorgasmic women began to experience the orgasm. However they did not present significant gain of perineal strengthening, the increase of body conscience can explain better the improvement of sexual life.

Recebido 12 de dezembro de 2003; aceito 1 de junho de 2004.

Endereço para correspondência: Melissa Medeiros Braz, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Av. José Acácio Moreira, 787 Bairro Debon 88704-110 Tubarão SC, Tel: (48)233 3450/ 9102 2492, E-mail: melissabraz@unisul.br

Introdução

A sexualidade é um processo amplo e muitas vezes complexo. Projeta-se no corpo todo, não se limitando aos órgãos sexuais ou ao ato sexual. Complexo também quando depende de nossa cultura que diferencia a sexualidade masculina da feminina.

Sem dúvida a emancipação da mulher, o advento da pílula anticoncepcional vem contribuindo para a liberdade de prazer. Esta não é vista como um problema, visto que se hoje o sexo feminino tem dificuldades sexuais, essas eram múltiplas quando faltava a liberdade.

Trataremos aqui das dificuldades que essa mulher “moderna” enfrenta diante do apelo e da tirania sexual que se estabeleceu nas últimas décadas. Essa tirania desvincula conhecimento, felicidade, afetividade da prática sexual. A obrigatoriedade do orgasmo, a virgindade vista como vergonha, fazem com que a mulher fique ainda mais retraída para expor seus problemas para a sociedade e até mesmo para profissionais da área.

O sexo feminino é tido como “passivo”, possui sexualidade mais difusa (corpo todo) uma vivência mais espiritual e uma sensualidade maior que a genitalidade, ao contrário do homem que possui sexualidade mais focalizada (genital) e uma vivência mais objetiva, portanto mais condizente com a turbulência do dia-a-dia.

Dentre as disfunções sexuais que atingem mais comumente o sexo feminino, destacamos a anorgasmia, que se entende por dificuldade de atingir o orgasmo. Anorgasmia não deve ser confundida com frigidez, pois a mulher que sofre de anorgasmia tem interesse sexual e todas as respostas satisfatórias para realizar o ato sexual. A anorgasmia pode ser classificada como primária, secundária e absoluta.

A avaliação do grau de força perineal e o tratamento fisioterapêutico é pouco conhecido na disfunção sexual da anorgasmia. Nosso objetivo é justamente pesquisar o grau de força perineal e quais os efeitos do fortalecimento perineal em pacientes com tal diagnóstico.

A anorgasmia atinge um número extremamente grande de mulheres, no entanto é difícil saber ao certo o número exato das mulheres que são vítimas dessa disfunção, pois destas, ao tratar de anorgasmia, a primeira atitude defensiva é negá-la. Segundo o psicólogo Pinheiro entre 50% e 70% das mulheres brasileiras têm anorgasmia.

As disfunções sexuais têm sido quase que exclusivamente tratadas em consultórios psicológicos e ginecológicos. Geralmente o processo é o mesmo: a paciente procura um ginecologista e este acaba encaminhando o paciente a consultórios psicológicos.

Devido à grande quantidade de mulheres que sofrem de anorgasmia entendemos a necessidade de outras áreas – não só a Medicina e a Psicologia – abrangerem o tema. Nessa área a fisioterapia é uma inovação que pode trazer benefícios a muitos casais e principalmente para as mulheres.

Para Back [1], o tratamento da disfunção sexual é de suma importância, pois na questão da saúde propriamente dita a questão sexual desempenha uma função vital para os dois sexos, tanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estipula que a felicidade sexual é uma condição inseparável da questão da saúde, onde a falta de prazer pode desencadear múltiplos problemas como uma constante tensão e mau humor, depressão, insônia, entre outros.

A mulher que tem dificuldades para atingir o orgasmo pode se tornar uma pessoa deprimida, aflita, com baixa auto-estima e por isso com uma qualidade de vida comprometida.

Segundo Abuchaim e Galvão [2], a ausência de orgasmo pode atingir qualquer faixa etária, mas há maior predomínio em mulheres jovens, devido ao início da atividade sexual, onde a falta de experiência dificulta a chegada do clímax. Os sexólogos dizem que, na maioria dos casos, a capacidade orgásmica tende a aumentar com o passar dos anos e chega ao máximo por volta dos 35 anos. A mulher com anorgasmia pode aproveitar plenamente as outras fases do ato sexual, isto é, tem desejo, aproveita as carícias e se excita, porém algo bloqueia no momento do orgasmo.

A fisioterapia aplicada à disfunção sexual feminina pode trabalhar com técnicas simples e de baixo custo, um exemplo deste é a cinesioterapia, utilizando técnicas específicas para disfunção sexual tais como cones vaginais; assim melhorando a vida sexual dessas mulheres que enfrentam dificuldades para alcançar o orgasmo.

Dentro deste contexto, a fisioterapia aplicada à anorgasmia surge como uma nova opção de tratamento que poderá minimizar a disfunção entre as mulheres. Buscando um novo equilíbrio entre corpo e mente há grandes probabilidades do tratamento fisioterapêutico proposto tornar-se benéfico.

Materiais e Métodos

A pesquisa realizada foi do tipo experimental com grupo único com pré e pós-teste. Visou analisar os efeitos das técnicas de fortalecimento perineal em mulheres orgásmicas e anorgásmicas.

A população consistiu em mulheres com anorgasmia e mulheres orgásmicas, sem patologia associada, nuligestas entre 20-22 anos, acadêmicas da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Tubarão, Santa Catarina.

A amostra foi formada por quatro mulheres (sendo duas orgásmicas e duas anorgásmicas).

Para realização desta pesquisa foram utilizados:

a) Ficha de avaliação: que se constitui de anamnese e exame físico das mulheres e que foi validada por cinco fisioterapeutas;

b) Questionário: com perguntas referentes à patologia, que foi validado por cinco fisioterapeutas;

c) Escala de satisfação em relação à vida sexual: foi elaborada uma escala de graduação da satisfação sexual, na qual a paciente graduava em números a sua satisfação com a sua vida sexual. A graduação variava de 0 a 3, sendo 0 – insatisfeita, 1 – satisfação regular, 2 – satisfeita e 3 – muito satisfeita.

Foi realizada avaliação do grau de força perineal através de:

- Exame de toque bidigital: o exame de toque foi realizado com o uso de luvas e lubrificante. Este consiste na introdução dos dedos médio e indicador na vagina da paciente, afastam-se os dedos para assim poder graduar a força de contração. Este foi graduado de 0 a 3 (0 – sem contração, 1 - pouca contração, 2 – tem contração, mas não vence a resistência feita pela mão, 3- contração que vence a resistência da mão).

- Cones vaginais: Segundo Polden e Mantle [3] são pequenas cápsulas de formato anatômico, constituídas de materiais resistentes e relativamente pesados, o peso dos cones variam de 20 a 70 gramas aproximadamente. Os cones vaginais que foram utilizados eram da marca Femtone, que era composto por um kit de cinco cones. Para graduação de força perineal com os cones vaginais foram realizados uma seqüência de atividades (caminhar, subir e descer escadas, subir e descer rampas, pular, realizar contração de cócoras) com a utilização dos cones. As pacientes iniciavam as atividades com o cone de menor peso (número 1) e foram aumentados até o limite máximo que elas puderam suportar.

Os exercícios realizados nas dez sessões eram os seguintes: iniciava-se com a paciente na posição de decúbito dorsal, realizando 5 contrações perineais de 3 segundos cada, com a utilização do aparelho de biofeedback Perina, realizava-se 3 séries de 5. Paciente na posição de cócoras, realizar 5 contrações perineais de 3 segundos, com a utilização do Perina. Em 2 séries de 5. Paciente em decúbito dorsal fazendo ponte, associada à contração perineal. Realizado 10 vezes. Paciente em decúbito dorsal, joelhos fletidos, colocava-se uma bola entre os joelhos e realizava-se a contração de adutores e contração perineal. Realizava-se 10 vezes. Paciente em decúbito dorsal realizava contração da bola, associado à ponte e à contração de glúteo. Fazia-se 10 vezes. Paciente em pé realizando anteverção e retroversão pélvica, por 10 vezes. Paciente em pé realizando agachamento, no momento em que levantava realizava-se contração. Realizado por 10 vezes.

Ao fim dessas atividades foi realizado um circuito no qual a paciente caminhava em uma pista pré-determinada, na qual subiu e desceu escadas, subiu e desceu rampas com a utilização dos cones vaginais por 10 vezes. O peso do cone foi estipulado no dia da avaliação, no qual foi testado o número do cone adequado para cada paciente. Foi realizada também contração com uso do cone na posição de cócoras. Além de apoiar-se no espaldar, elevando um membro

inferior em seguida o outro (abdução de membros inferiores com uso do cone).

Foram realizadas 10 sessões com cada paciente, em dias alternados, na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina, durante o período que foi de junho a setembro de 2003, cada sessão durava aproximadamente 50 minutos. Os resultados foram analisados ao fim das dez sessões com a reavaliação das pacientes e a nova aplicação do questionário para analisar os resultados.

Resultados e Discussão

Caracterização das pacientes anorgásmicas

As duas pacientes anorgásmicas possuíam 20 anos de idade. Segundo Piato [4], ao contrário do que se possa imaginar, as mulheres de menor faixa etária, ou seja, mulheres com um desconhecimento parcial, ou menos total, da musculatura perineal possuem maiores dificuldades de alcançar o orgasmo.

Ambas as pacientes classificavam como boa sua primeira relação sexual, mas não conseguiram obter o orgasmo. Segundo Quintas [5], assim como aprendemos a andar, ler, dirigir, comer, nós também aprendemos a atingir o orgasmo. O que ocorre para muitos é esse aprendizado ser uma maneira muito natural, enquanto para outros se faz necessário um percurso maior. Cada pessoa tem seu desenvolvimento de acordo com seu ritmo.

As pacientes possuíam vida sexual ativa há dois anos, sendo que no decorrer deste tempo não conseguiram atingir o clímax da relação, sendo com os parceiros atuais ou com parceiros anteriores.

Segundo relato das pacientes, ambas afirmaram que nunca se masturbaram. Segundo Bouer [6], o orgasmo feminino está diretamente ligado ao grau de excitação da mulher, seu bem estar físico, estado do humor e do que se faz necessário para se chegar ao clímax da relação. Um grande número de mulheres realmente tem dificuldades para chegar ao orgasmo, principalmente durante o ato sexual e mais especificamente com a penetração. Para chegar ao orgasmo com maior facilidade é importante conhecer melhor o próprio corpo para depois se sentir mais à vontade com o corpo do outro. Para isso, nada melhor que a masturbação.

Em relação às fases do sexo por que cada paciente passa, ambas relataram que passam pelo desejo, excitação e lubrificação, não se conseguindo chegar à fase do orgasmo e resolução.

Caracterização das pacientes orgásmicas

Uma das pacientes orgásmicas tinha 20 e a outra, 22 anos de idade. Uma paciente classificava como boa sua

primeira relação sexual. Já a outra como péssima. Ambas não conseguiram obter o orgasmo na primeira relação.

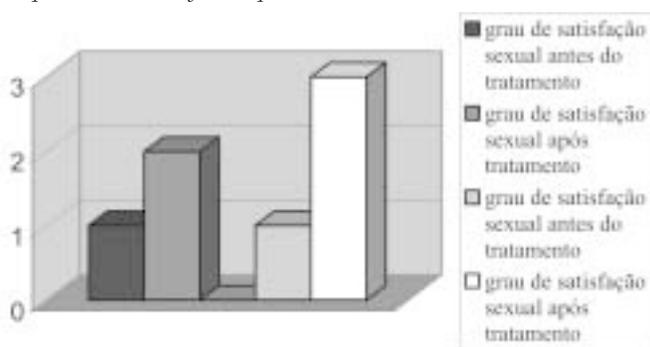
As pacientes possuíam vida sexual ativa que variava de dois anos na paciente mais nova e quatro anos na outra paciente, sendo que no decorrer deste tempo conseguiram atingir o clímax em algumas das relações, sendo com o parceiro atual ou com parceiros anteriores.

Segundos relatos das pacientes, ambas afirmaram que nunca se masturbaram. Em relação às fases do sexo, ambas relataram que já passaram por todas as fases, ou seja, desejo, excitação e lubrificação, orgasmo e resolução.

Ambas as pacientes relataram que não se preocupam com a obtenção do orgasmo, pois estas atingem o mesmo em algumas de suas relações sexuais.

Grau de satisfação com a vida sexual das pacientes anorgásmicas

Gráfico I - *Grau de satisfação sexual das pacientes anorgásmicas antes e após o tratamento fisioterápico.*



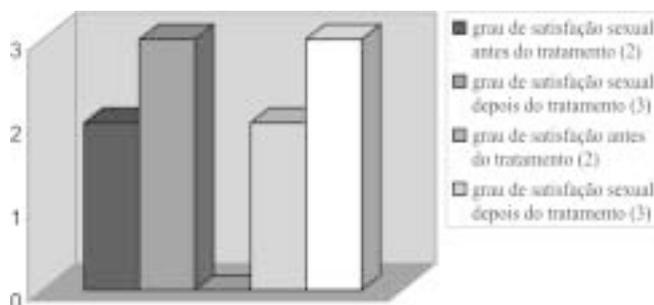
Com o gráfico 1 podem-se constatar os efeitos benéficos do tratamento fisioterápico das pacientes anorgásmicas. Pode-se observar que uma das pacientes evoluiu seu grau de satisfação sexual de satisfação regular (1) para satisfeita (2). Já a outra paciente evoluiu de satisfação regular (1) para muito satisfeita (3). Não podemos deixar de enfatizar que ambas as pacientes obtiveram orgasmo na relação sexual com seus parceiros com a realização do tratamento fisioterápico. Com isso foi possível demonstrar os efeitos benéficos do protocolo de tratamento fisioterápico proposto neste trabalho.

Segundo Grosse e Sengler [2], o trabalho fisioterápico na anorgasmia é de suma importância, pois ele pode auxiliar na obtenção de vários tipos de contração, com isso podendo auxiliar na obtenção do orgasmo na relação sexual.

Fluckiger [8] relata que os exercícios fisioterápicos auxiliam muito as mulheres no ato sexual. Pois com eles fica cada vez mais próximo de se chegar ao orgasmo para as mulheres anorgásmicas, e para as mulheres orgásmicas que não apresentavam dificuldade alguma relatam que os orgasmos passaram a ser mais intensos e em maior número.

Grau de satisfação com a vida sexual das pacientes orgásmicas

Gráfico II - *Grau de satisfação sexual das pacientes orgásmicas antes e após o tratamento fisioterápico.*

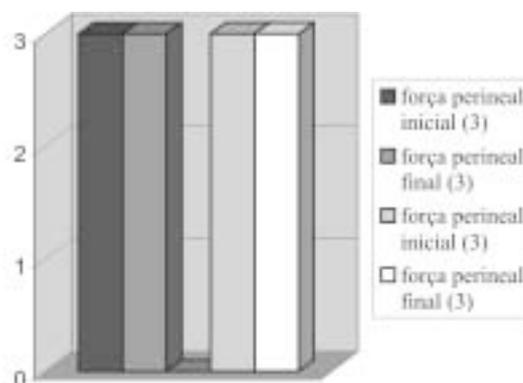


Com o gráfico 2 se podem constatar os efeitos benéficos do tratamento fisioterápico das pacientes orgásmicas. Pode-se observar que as duas pacientes evoluíram seu grau de satisfação sexual de satisfeita (2) para muito satisfeita (3). Não podemos deixar de enfatizar que ambas as pacientes relataram que a relação sexual ficou melhor.

Com isso foi possível demonstrar os efeitos benéficos do protocolo de tratamento fisioterápico proposto neste trabalho.

Grau de força perineal através do toque bidigital das pacientes anorgásmicas

Gráfico III - *Grau de força perineal das pacientes anorgásmicas antes e após o tratamento fisioterápico através do toque bidigital.*



De acordo com o gráfico 3, pode-se observar que a força inicial de ambas as pacientes anorgásmicas era grau 3 e permaneceu a mesma após o tratamento. Não se observou ganho de força, no entanto ambas relataram melhora na vida sexual, o que pode ser explicado por uma melhor consciência da musculatura perineal.

Segundo Moreno [9], no tratamento fisioterápico, a conscientização da região pélvica e perineal das mulheres com disfunção sexual e incontinências é muito importante. Considerando que aproximadamente 37% das mulheres

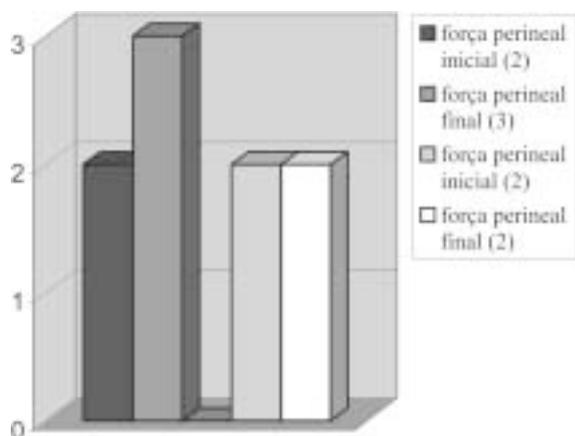
não tem consciência corporal de sua região pélvica e não conseguem contrair seus músculos perineais quando solicitados, cabe ao fisioterapeuta despertar nestas pacientes a propriocepção dessa região.

Segundo Mannocci [10], os exercícios perineais destinam-se a intensificar as sensações na área perineal, aumentando a consciência corporal desta região. Com isso preparando a região para que esta responda corretamente aos estímulos sexuais.

Foi possível observar que a anorgasmia dessas pacientes não era em relação à diminuição da força de contração perineal, pois ambas apresentavam uma contração perineal satisfatória. Mas sim pela diminuição da sua consciência corporal, o que causava uma dificuldade na obtenção do orgasmo.

Grau de força perineal através do toque bidigital das pacientes orgásmicas

Gráfico IV - *Grau de força perineal das pacientes orgásmicas antes e após o tratamento fisioterápico através do toque bidigital.*



Com o gráfico 4, pode-se observar que a força inicial de ambas as pacientes orgásmicas era grau 2. E ao término do tratamento uma manteve-se em grau 2 e a outra paciente evoluiu para grau 3. Não se observou ganho de força em uma das pacientes, no entanto ambas relataram melhora na vida sexual, o que pode ser explicado por uma melhor consciência da musculatura perineal.

Grau de força perineal com os cones vaginais das pacientes anorgásmicas

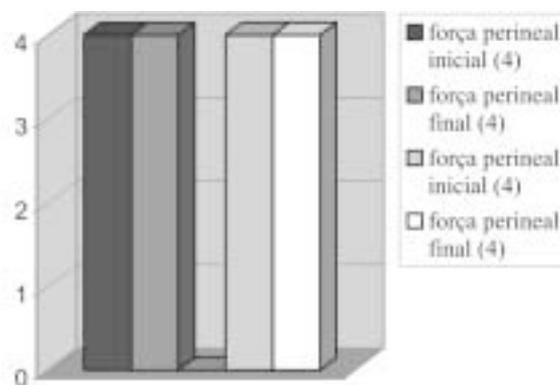
O gráfico 5 demonstra a utilização dos cones vaginais com as pacientes anorgásmicas. Pode-se observar uma seqüência na utilização dos cones, ou seja, durante as sessões fisioterápicas foi utilizado o cone de número 4, isso não quer dizer que as pacientes não evoluíram, pois mesmo mantendo-se no cone de mesmo número, as pacientes ganharam maior resistência na realização das atividades

propostas no protocolo de tratamento. Além de auxiliarem na consciência corporal das pacientes.

Moreno [9] relata que o uso dos cones vaginais aumenta a força muscular do assoalho pélvico, mas também torna a atividade fisiológica desses músculos mais coordenada com as contrações, melhorando a função da musculatura no ato sexual.

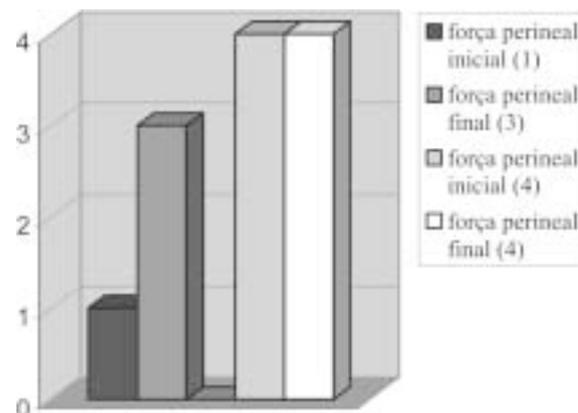
Grau de força perineal com os cones vaginais das pacientes orgásmicas

Gráfico V - *Grau de força perineal das pacientes anorgásmicas antes e após tratamento fisioterápico com utilização dos cones vaginais.*



O gráfico 6 demonstra a utilização dos cones vaginais com as pacientes orgásmicas. Pode-se observar que uma das pacientes apresentou uma evolução significativa passando do cone de número 1 para o cone de número 3. Já a segunda paciente manteve uma seqüência na utilização dos cones, ou seja, durante as sessões fisioterápicas foi utilizado o cone de número 4, isso não quer dizer que esta paciente não evoluiu, pois mesmo mantendo-se no cone de mesmo número, as pacientes ganharam maior resistência na realização das atividades propostas no protocolo de tratamento. Além de auxiliarem na consciência corporal das pacientes.

Gráfico VI - *Grau de força perineal das pacientes orgásmicas antes e após tratamento fisioterápico com utilização de cones vaginais.*



Conclusão

Com a finalização desta pesquisa foi possível obter resultados significativos no tratamento de mulheres com disfunção sexual, em específico das anorgásmicas. Demonstrando assim a importância dos efeitos da Fisioterapia no tratamento desse tipo de patologia.

Com o protocolo de tratamento aplicado foi possível observar os efeitos significativos da Fisioterapia nesta área. Pois as pacientes anorgásmicas passaram a atingir o orgasmo; e as pacientes orgásmicas obtiveram melhora significativa no prazer sexual.

O protocolo de tratamento utilizado mostrou sua eficácia na melhora da disfunção sexual. Foi possível constatar que a disfunção sexual das pacientes tratadas não estava relacionada com a falta de força perineal, pois ambas as pacientes não obtiveram aumento significativo na força, mas obtiveram uma maior consciência corporal do local. Com a melhora da consciência corporal, as pacientes puderam melhorar sua vida sexual.

Com estes resultados pode-se observar que a Fisioterapia tem muito a evoluir na área da Ginecologia e Obstetrícia. Principalmente na área ligada à disfunção sexual, que está sendo descoberta e aprimorada a cada dia. Com a evolução da área e procura das mulheres por uma maior qualidade de vida sexual, é de suma importância que a Fisioterapia continue crescendo e se desenvolvendo para atender as exigências das mulheres modernas.

Referências

1. Back LR. Clínica renascer vaginismo. [citado 24 ago 2002]. Disponível em URL: <http://www.mps.com.br/infoserv/renascer/vaginismo.htm>
2. Abuchaim CM, Galvão ALA. A sexualidade normal e transtornos sexuais. [citado 24 ago 2002]. Disponível em URL: <http://www.abcdocorposaluta.com.br/artigo.php?codArt=52>
3. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. 2 ed. São Paulo: Santos; 2000.
4. Piatto S. Tratado de ginecologia. São Paulo: Artes médicas; 1997.
5. Quintas V. Biologia do sexo. São Paulo: Atheneu; 2002.
6. Bouer Jairo. Masturbação. [citado 25 set 2003]. Disponível em URL: <http://www.caliente.com.br/caliente/duvidas/index.shtml?duvida54>.
7. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. São Paulo: Manole; 2002.
8. Fluckiger K. Mulher e orgasmo. [citado 22 ago 2003]. Disponível em URL: http://www.escelsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=732.
9. Moreno A. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004.
10. Mannocci JF. Disfunções sexuais: abordagem clínica e terapêutica. 3 ed. São Paulo: Fundo editorial Byk; 1995. ■