

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE FISIOTERAPIA

EMANUELE CINTRA

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO
TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL DA ANORGASMIA
FEMININA**

SÃO PAULO

2022

EMANUELE CINTRA

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO
TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL DA ANORGASMIA
FEMININA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Mestre. Silmara Patricia Correia da Silva Macri.

Coorientadora: Dra. Thamyres P. da Silva.

Coorientadora: Dra. Renata Verissimo.

SÃO PAULO

2022

C518r Cintra, Emanuele.

Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento da disfunção sexual da anorgasmia feminina / Emanuele Cintra. — São Paulo, 2022.

30 p.: il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientadora: Prof.^a Me. Silmara Patrícia Correia da Silva Macri.

Coorientadora: Dra. Thamyres P. da Silva.

Coorientadora: Dra. Renata Veríssimo.

1. Orgasmo. 2. Disfunção Sexual Fisiológica. 3. Mulher. I. Macri, Silmara Patrícia Correia da Silva, orient. II. Silva, Thamyres P. da, coorient. III. Veríssimo, Renata, coorient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

Emanuele Cintra

**RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS NO
TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO SEXUAL DA ANORGASMIA
FEMININA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade – Santo Amaro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia Orientador Prof.^a Me. Silmara Patrícia Correia da Silva Macri.

Data da Aprovação: 09/11/2022

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Me. *Silmara Patrícia* Correia da Silva *Macri*

(Orientadora)

(Banca externa)

CONCEITO FINAL: 9,0.

“Dedicatória”

Dedico este trabalho à minha mãe, pelo exemplo de força, e que por muitas vezes priorizou aos meus estudos. Ao meu pai, que soube a hora de me apoiar e aconselhar. A minha irmã, por me incentivar e não me deixar desistir. E pôr fim aos meus professores e colegas de curso que contribuíram para o meu crescimento e aprendizagem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e discernimento durante os anos de graduação. Agradeço a minha família, minha mãe, Gisele Verônica, meu pai, Marcelo Cintra e minha irmã, Geovana Cintra, por todo apoio, paciência e por muitas vezes deixarem seus planos e sonhos de lado para eu poder concluir o meu, pelo investimento financeiro mesmo em meio a todas as dificuldades, por serem a minha inspiração e motivo para continuar buscando ser alguém melhor. Agradeço a minha namorada, Raissa Andrade, por ser o meu equilíbrio e não me deixar desistir, por todas as horas acordada até tarde ao meu lado, pela calma e paciência nos meus piores momentos. Agradeço a minha orientadora Prof.^a Mestre. Silmara Patricia Correia da Silva Macri pelas orientações, paciência e inspiração para este trabalho. Agradeço também as minhas coorientadoras Dra. Thamyres P. da Silva e Dra. Renata Verissimo pelos conselhos, pelas noites acordadas comigo, por me escutarem chorar e não me deixarem desistir. Agradeço a todos os meus professores durante esses anos de graduação, pelas broncas, conselhos aprendizados. Agradeço com todo o coração aos meus amigos, em especial Thiago Cestari, Marcella Fontes, João Pedro Daenekas, Giovanna Thomazini e Naiara Almeida, por todas as risadas, fofocas, brincadeiras e gestos simples que deixaram os anos de graduação mais leves, por permanecerem me apoiando em todos os momentos ruins, sou imensamente grata por viver a vida ao lado de vocês. Agradeço as minhas veteranas Lorrane Nascimento e Gyliane Reis, que desde o primeiro semestre tiveram a tranquilidade e tempo de me ajudar com as dificuldades em algumas matérias. Agradeço à Associação Atlética Acadêmica Carlos Alberto Barreiros (A.A.A.C.A.B.) e todos os membros que fizeram parte durante a minha permanência e presidência, pelas brincadeiras, desavenças, risadas e por ter sido meu abrigo durante esses anos de graduação, por me acolherem e marcarem com tanta alegria, carinho e leveza. Tenho imensa gratidão aos meus chefes e amigos Bárbara Leithold e Flavio insu, por todos os conselhos, pela paciência, dedicação, ensinamentos e bons momentos compartilhados comigo. Agradeço também a Gabrielle Caetano, Carolina Vilemar, Hellen Feminella, Luan Souza, Júlia Deamo, por me ajudarem e marcarem de alguma forma a minha graduação. Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação, minha mais sincera gratidão.

Muito obrigada!

"Epígrafe"

“Assim como os céus são mais altos do que a terra, também os meus caminhos são mais altos do que os seus caminhos e os meus pensamentos mais altos do que os seus pensamentos.”

- Isaias 55:8,9.

RESUMO

Introdução: A função sexual adequada é um fator importante de satisfação e qualidade de vida geral. Ainda assim, a disfunção sexual feminina continua altamente prevalente e interfere tanto na qualidade de vida das mulheres quanto no relacionamento com o seu parceiro. A disfunção sexual é capaz de influenciar a saúde física e mental, e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução.) pode acarretar o surgimento das disfunções sexuais. dentre elas, a anorgasmia, definida pelo retardo ou ausência recorrente do orgasmo após uma fase normal de excitação ou redução distinta de sua intensidade. Esta disfunção está relacionada à vários fatores, um deles sob a influência dos músculos do assoalho pélvico na função e na resposta sexual feminina. A debilidade e a hipotonicidade destes músculos colaboram para a inabilidade orgástica. O objetivo da intervenção fisioterapêutica na anorgasmia é alcançar o aumento da propriocepção da musculatura pélvica, melhora da vascularização, aumento da conscientização corporal e por consequência uma sexualidade satisfatória. A fisioterapia para o tratamento pode atuar de forma simples, não-invasiva e de baixo custo como a cinesioterapia, terapias manuais, eletroestimulação, biofeedback, avaliação, orientações, educação comportamental e por fornecer informações anatômicas da região genital das pacientes. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo geral, conhecer os recursos fisioterapêuticos utilizados na disfunção sexual da anorgasmia feminina. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, com embasamento em materiais publicados sobre o tema: artigos científicos, publicações periódicas e materiais disponíveis na internet nos seguintes bancos de dados: PEDro, BVS, SciELO e PubMed no período de 2010 a 2022. **Resultados e Discussão:** Após a coleta de dados e seleção criteriosa foram incluídos 8 artigos na íntegra. As evidências mostram que os recursos utilizados no tratamento, como a cinesioterapia, terapias manuais, eletroestimulação e biofeedback evidenciam resultados significativos, contribuindo para uma melhora na reedução perineal, aumento da vascularização, normalização do tônus e desempenho muscular. **Conclusão:** Os artigos incluídos no presente estudo indicam a eficácia dos recursos e técnicas utilizadas no tratamento da anorgasmia feminina, assim como a importância da fisioterapia. A intervenção contribui possibilitando a eficácia no prazer sexual e a melhora da qualidade de vida. A fisioterapia ginecológica vem evoluindo e se aprimorando a cada dia, portanto é fundamental mais estudos para um melhor embasamento.

Palavras Chaves: female anorgasmia, sexual dysfunction, Orgasm, physiotherapy, biofeedback

ABSTRACT

Introduction: Adequate sexual function is an important factor of satisfaction and overall quality of life. Still, female sexual dysfunction remains highly prevalent and interferes with both women's quality of life and their relationship with their partner. Sexual dysfunction is able to influence physical and mental health, and can be affected by organic, emotional and social factors. The disturbance of any of the phases of the sexual response (desire, excitement, orgasm and resolution) can lead to the appearance of sexual dysfunctions. among them, anorgasmia, defined by the recurrent delay or absence of orgasm after a normal phase of excitement or a distinct reduction in its intensity. This dysfunction is related to several factors, one of them under the influence of the pelvic floor muscles in female sexual function and response. The weakness and hypotonicity of these muscles contribute to orgasmic inability. The objective of physiotherapeutic intervention in anorgasmia is to achieve increased proprioception of the pelvic muscles, improved vascularization, increased body awareness and, consequently, satisfactory sexuality. Physiotherapy for treatment can act in a simple, non-invasive and low-cost way, such as kinesiotherapy, manual therapies, electrostimulation, biofeedback, evaluation, guidance, behavioral education and by providing anatomical information on the genital region of patients. **Objective:** The present study has as general objective, to know the physiotherapeutic resources used in the sexual dysfunction of female anorgasmia. **Methodology:** This is a literature review, based on published materials on the subject: scientific articles, periodical publications and materials available on the internet in the following databases: PEDro, BVS, SciELO and PubMed in the period from 2010 to 2022. **Results and Discussion:** After data collection and careful selection, 8 articles were included in full. Evidences show that the resources used in the treatment, such as kinesiotherapy, manual therapies, electrostimulation and biofeedback, show significant results, contributing to an improvement in perineal reduction, increased vascularization, normalization of tone and muscle performance. **Conclusion:** The articles included in this study indicate the effectiveness of the resources and techniques used in the treatment of female anorgasmia, as well as the importance of physiotherapy. The intervention contributes to the effectiveness of sexual pleasure and the improvement of quality of life. Gynecological physiotherapy has been evolving and improving every day, so further studies are essential for a better foundation.

Keywords: female anorgasmia, sexual dysfunction, Orgasm, physiotherapy, biofeedback

Lista de Quadros

<u>Quadro 1 – Informações sobre dados, métodos e resultados utilizados nos estudos.....</u>	19
<u>Quadro 1 – Continuação – Informações sobre dados, métodos e resultados utilizados nos estudos</u>	20
<u>Quadro 2 – Informações sobre os recursos utilizados nos artigos selecionados</u>	25

Lista de Abreviaturas

DSF	Disfunção Sexual Feminina
VES	Estimulação Elétrica Vaginal
SNC	Sistema Nervoso Central
MAP	Musculatura do Assoalho Pélvico
UNISA	Universidade Santo Amaro
TM	Terapia Manual
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
PUBMED	U. S. National Library of Medicine
SUS	Sistema Único de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde Brasil

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Definição anorgasmia e seus tipos.....	12
1.2 Recursos fisioterapêuticos.....	13
1.3 Cinesioterapia.....	13
1.4 Terapias manuas.....	13
1.5 Eletroestimulação.....	14
1.6 Biofeedback.....	14
2 – OBJETIVOS.....	15
2.1 - Objetivo geral.....	15
2.2 - Objetivo específico.....	15
3- METODOLOGIA.....	16
3.1 Critérios de inclusão.....	16
3.2 Critérios de exclusão.....	17
3.2 Tipos de estudos.....	17
6 – RESULTADOS.....	18
7 - Figura 2 – Fluxograma de Pesquisa nas bases de dados.....	19
8 - Quadro 1 – Informações sobre dados e métodos utilizados nos estudos e recursos utilizados no tratamento fisioterapêutico da anorgasmia feminina.....	19
9 - Quadro 1 Informações sobre dados e métodos utilizados nos estudos e recursos utilizados no tratamento fisioterapêutico da anorgasmia feminina.....	21
10 - DISCUSSÃO.....	22
11- CONCLUSÃO.....	24
12 – REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Antigamente a sexualidade feminina estava associada apenas a procriação, a mulher não era permitida a sentir prazer, visto que era um ato reputado impuro pela sociedade¹. Nos dias modernos possui proporção fundamental em todas as fases da vida tanto de homens, como de mulheres, uma forma de comunicação entre os seres humanos, não se limitando apenas à possibilidade de obter prazer genital, mas envolvendo desejos e práticas relacionados à afetividade, satisfação, sentimento, prazer, ao exercício da liberdade e saúde².

A função sexual é um fator importante para o bem-estar, satisfação e qualidade de vida em geral. A resposta sexual se dá início pela fase do desejo que depende de um bom estado mental e físico. Em 2004, uma revisão sistemática sobre disfunções sexuais femininas (DSF) constatou uma prevalência de 64% de mulheres com disfunção do desejo, 35% com disfunção orgástica, 31% de excitação e 26% de dispareunia; no Brasil, uma avaliação realizada neste mesmo ano com 1219 mulheres, observaram que 49% tinham pelo menos uma disfunção sexual, sendo 26,7% disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% disfunção do orgasmo. As DSF têm alta prevalência, alcançando em média 67,9% da população feminina mundial, sendo 30% brasileiras³. A falta de conhecimento e desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, medicamentos, condições uroginecológicas, patológicas, problemas de desordem pessoal e, conflitos conjugais podem desencadear sérios problemas emocionais nas mulheres e conseqüentemente resultar em algum tipo de disfunção sexual⁴.

É capaz de influenciar a saúde mental e física e pode ser afetada por fatores sociais, orgânicos e emocionais. As principais DSF são, anorgasmia, dispareunia, vaginismo, desejo sexual hipotivo, aversão ou fobia e transtorno de excitação ou frigidez⁵. Grande parcela destas mulheres não busca ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamentos realizados por profissionais não capacitados⁶.

A força da musculatura pélvica está conectada à função sexual feminina, quando possuir debilidade desses músculos, será capaz de existir alguma disfunção sexual⁷. O fortalecimento desses músculos sobretudo os bulboesponjosos e isquiocavernosos que se inserem no corpo cavernoso do clitóris, auxiliam nas fases de excitação e orgasmo que estão diretamente relacionados à função sexual. Para a mulher atingir o clímax durante a relação sexual, deve ocorrer uma contração da musculatura do assoalho pélvico e quando este fenômeno não ocorre é chamado de disfunção orgástica⁸.

A anorgasmia feminina está relacionada com a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico (MAP), onde a debilidade, hipotonicidade e o desuso dessa musculatura levam a uma incapacidade ao orgasmo. Parisotto definiu a anorgasmia como caracterizada com falta de prazer orgástico depois de um tempo de excitação normal. Medeiros; Braz, definem anorgasmia como a dificuldade de alcançar o orgasmo. Estes ainda corroboram que a anorgasmia

não deve ser confundida com frigidez, pois no caso da mulher que é anorgásmica há interesse sexual e todas as respostas satisfatórias para que ocorra o ato sexual. Conforme Abdo; Fleury, anorgasmia é designada como atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, depois de uma fase normal de excitação sexual. Alencar, define anorgasmia como a inibição do reflexo orgástico durante o ato sexual. Pratas; Dias, salientam que, em relação, à mulher atingir o clímax em uma relação sexual ocorre contrações da musculatura genital, quando este fenômeno não ocorre a mulher apresenta um quadro de anorgasmia. De acordo com Veiga, a anorgasmia é a dificuldade de atingir o orgasmo, mesmo havendo interesse sexual. Segundo Pinto, quando ocorre um bloqueio na evolução do orgasmo a mulher encontra-se em um quadro anorgásmico^{9,10,11,12,13,14,15}.

Os tratamentos terapêuticos vêm aumentando o interesse das mulheres uma vez que vem trazendo resultados positivos. Desta forma, a fisioterapia é um caminho para o tratamento das disfunções sexuais, a abordagem fisioterapêutica neste caso, pode aplicar técnicas simples e de baixo custo como a eletroestimulação, biofeedback, cinesioterapia e terapias manuais. A fisioterapia pode intervir também na prevenção atuando na atenção primária com mesas redondas, palestras sobre o tema e com orientações sobre a conscientização corporal. Pois é grande o número de mulheres que não tem conhecimento dessa disfunção¹⁶.

Tendo em vista os benefícios dos recursos fisioterapêuticos para tratar as disfunções sexuais de mulheres e a escassez de publicações sobre o tema, surgiu o interesse em realizar este estudo com o objetivo de conhecer e ressaltar aos profissionais da saúde, recursos fisioterapêuticos que tratam a anorgasmia promovendo saúde, bem-estar, melhora na qualidade de vida além de mostrar uma aérea pouco explorada da fisioterapia, baseando-se na literatura.

1.1 DEFINIÇÃO ANORGASMIA E SEUS TIPOS

A anorgasmia é uma disfunção sexual cada vez mais frequente entre as mulheres, na qual a principal causa é a ausência persistente ou recorrente do orgasmo, mesmo havendo interesse sexual e todas as respostas satisfatórias. Sendo assim a primeira fase da resposta sexual é a do desejo, acompanhada por quatro fases consecutivas que compreendem a excitação, platô, orgasmo e resolução. A anorgasmia pode ser dividida em primária, quando a mulher nunca foi capaz de atingir o orgasmo sozinha ou com um parceiro por qualquer meio do ato sexual. Secundária, quando a mulher conseguiu alcançar orgasmos por qualquer meio no passado, porém não é mais capaz. Anorgasmia Situacional, dessa maneira a mulher consegue atingir o orgasmo, mas depende de uma determinada situação ou parceiro^{4,17,18,19,20}.

1.2 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS

1.3 CINESIOTERAPIA

A cinesioterapia se baseia em contrações voluntárias repetidas, que aumentam resistência e força muscular, melhorando a funcionalidade dos músculos. Esses exercícios agem principalmente nas fibras tipo II que são fibras de contração rápida, beneficiando uma contração eficaz e consciente durante o reflexo involuntário²¹. O fortalecimento da MAP através da reeducação perineal tem papel importante na reamornização, por meio de contrações isoladas, associadas ao posicionamento adequado da pelve e respiração²². O Doutor Anorld Kegel foi o primeiro pesquisador nos Estados Unidos a criar exercícios específicos para trabalhar a musculatura perineal e hipotonia do assoalho pélvico, foram introduzidos na década de 40 denominando-os de exercícios de Kegel. Os exercícios de Kegel são contrações voluntárias que induzem a uma melhora da consciência corporal, percepção e vascularização da região pélvica, os sinergismos musculares e contrações acessórias são problemas que evitam a contração isolada da MAP²³. Objetivo básico dos exercícios para o fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos²⁴. A cinesioterapia é recomendada como terapia de primeira escolha nos tratamentos uroginecológicos, pois oferecem uma opção menos invasiva e com baixo risco de complicações²⁵. Estudos ainda apontam que existe uma correlação entre um bom desenvolvimento muscular e a intensidade orgástica²⁶. Com os exercícios de cinesioterapia, a mulher aumenta a sua capacidade de atingir o orgasmo, visto que há um aumento da propriocepção e a atividade fisiológica desses músculos se torna mais coordenada com as contrações, melhorando a função da musculatura no ato sexual²².

1.4 TERAPIAS MANUAIS

A terapia manual engloba massagem longitudinal, transversa e compressiva; exercícios terapêuticos; tração manual e manipulação de tecidos. A massagem é muito eficaz, pois promove a normalização do tônus muscular por meio de ações reflexas e mecânicas, e ocorre um aumento da circulação sanguínea, da flexibilidade muscular e do fluxo linfático. Os exercícios terapêuticos visam ao alongamento muscular, à manutenção da amplitude do movimento e a diminuição de espasmos e contratura. A tração manual é usada para o alívio da dor, na presença de espasmos musculares e na manutenção de alinhamentos anatômicos. Já as manipulações de tecidos consistem no alongamento passivo de tecidos musculares visando à recuperação da amplitude de movimento. A experiência da fisioterapia indica exercícios de dessensibilização. Por meio de manobras miofasciais (digitopressão e ou deslizamento) nas regiões de pontos-gatilho, procura-se relaxar o MAP para facilitar a penetração²⁷

1.5 ELETROESTIMULAÇÃO

A eletroestimulação consiste na introdução intravaginal de um dispositivo de aproximadamente 7cm de comprimento e 2,5cm de diâmetro com frequência de 10hz a 50hz; pode ser realizada por meio de eletrodos endovaginais interligados a um gerador de impulsos elétricos, os quais promovem a contração do períneo²⁸. A técnica de eletroestimulação é muito eficiente para a conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular. A corrente elétrica deve ser ajustada, de modo que, possa ser sentida, mas não seja desagradável para a paciente, suficiente para que seja notada a contração da musculatura pélvica durante a estimulação, pode ter seu efeito potencializado se associada a outras técnicas, como, cinesioterapia e biofeedback^{29,30}. Essa técnica é um meio utilizado para propiciar contrações passivas da musculatura perineal, é de suma importância na conscientização da contração dessa musculatura em pacientes que tem dificuldades de identificá-la²⁸. A eletroestimulação aplicada via vaginal, tendo como objetivo regularizar o tônus e a ação muscular, estimulando a função sexual nos casos de inabilidade, diminuição de desejo ou excitação, redução ou ausência de lubrificação vaginal e dificuldades de alcançar o orgasmo²⁷.

1.6 BIOFEEDBACK

O biofeedback é um método de reeducação que tem um resultado modulatório sobre o sistema nervoso central (SNC) através da utilização de uma retroinformação externa como meio de aprendizado. É considerado um dispositivo que trata as disfunções neuromusculares e avalia as contrações voluntárias exercidas pelo assoalho pélvico. Este método foi introduzido pelo pesquisador e doutor Arnold Kegel em 1948, e consiste na aplicação de eletrodos acoplados na MAP e musculatura sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), que através de comandos verbais orientados pelo fisioterapeuta, guiará a contração dos músculos do assoalho pélvico^{4,31}. Este dispositivo aumenta a vascularização; age na regularização do tônus muscular da região pélvica; controle voluntário dos músculos; desempenho da força muscular pélvica e melhora da propriocepção através dos estímulos visuais, táteis e auditivos que auxiliam na conscientização e contração da MAP^{32,33}. O biofeedback tem como objetivo interpretar a intensidade das contrações musculares do assoalho pélvico de forma gráfica, apresentadas em tempo real no visor do aparelho; esses sinais diminuem e aumentam de acordo com as contrações musculares exercidas pela paciente, onde a mesma consegue realizar os exercícios de forma mais efetiva, pois ela pode acompanhar a intensidade das contrações realizadas³⁴. Quando ocorre o ganho de percepção da ação da MAP, a mulher tem um ganho de fortalecimento de músculos agonistas e antagonistas; e um maior controle voluntário da MAP³⁵.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Conhecer os recursos fisioterapêuticos utilizados na disfunção sexual da anorgasmia feminina.

2.2 Objetivo específico:

- Elencar os resultados descritos na literatura sobre a efetividade dos recursos fisioterapêuticos utilizados na disfunção sexual da anorgasmia feminina.
- Evidenciar a importância da fisioterapia ginecológica e atuação do fisioterapeuta no tratamento das disfunções sexuais femininas.

3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão do tema, esta revisão de literatura foi elaborada a partir dos registros, análise e organização dos dados bibliográficos e acervos literários, instrumentos que permitiram uma maior compreensão e interpretação crítica das fontes obtidas.

A pesquisa foi elaborada com embasamento em materiais publicados sobre o tema: livros, artigos científicos, publicações periódicas e materiais disponíveis na internet nos seguintes bancos de dados: PEDro, SciELO, PubMed, Medline utilizando as palavras-chaves: female anorgasmia, sexual dysfunction, Orgasm, physiotherapy, biofeedback. Valendo-se dos seguintes operadores booleanos: “and” e “or”. Assim, considerando estudos caso clínico randomizado.

A organização do material foi realizada seguindo as etapas e procedimentos do cronograma, iniciada com a identificação preliminar da bibliografia, interpretação, análise e síntese do material.

3.1 Critérios para inclusão

Este estudo contempla artigos cujo ano de publicação estejam no período de 2010 a 2022, nos idiomas português e inglês; que abordam o tema anorgasmia feminina e o tratamento fisioterapêutico utilizado na disfunção da mesma e ensaio clínico randomizado.

3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas monografias, trabalhos de conclusão de curso; trabalhos sobre anorgasmia masculina; além dos que estavam fora do período determinado na pesquisa.

3.3 Tipo de estudo

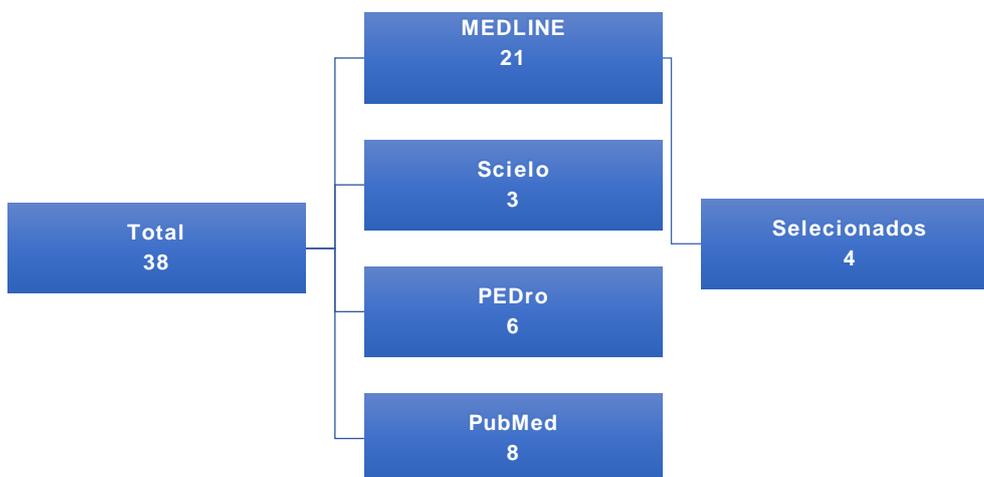
O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura científica na modalidade denominada integrativa, realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica. A escolha desse método oportuniza um embasamento científico que permitiu,

através das pesquisas realizadas, reconhecer e destacar a eficácia do tratamento fisioterapêutico na disfunção sexual da anorgasmia feminina, tendo como benefício permitir a síntese de estudos publicados o que possibilitou maior entendimento e conclusão sobre o objeto do estudo. Para tanto foram utilizadas as bases de dados scielo, PubMed, PEDro, Medline, buscando artigos do ano de 2010 ao ano de 2021, na língua portuguesa e inglesa.

6 Resultados

Foram encontrados 554 artigos seguindo os descritores anteriormente citados. A triagem inicial excluiu registros após passar pelos critérios não aplicáveis, restando apenas 38 artigos para leitura de resumo. Após leitura do texto completo foi realizada revisão dos critérios de inclusão e exclusão que resultou na seleção final de artigos, segue abaixo o fluxograma e a tabela com os artigos encontrados:

Figura 2 – Fluxograma de Pesquisa nas bases de dados



Fonte: A Autora (2022)

Quadro 1 – Informações sobre dados, métodos e resultados utilizados nos estudos.

Título, Autor e Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Piassarolli et al., 2010 ³⁶ .	Avaliar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) sobre as disfunções sexuais femininas.	Ensaio clínico com abordagem antes e depois, no qual cada mulher era controle de si mesma, (n=26) mulheres entre 18-40 anos que apresentavam diagnóstico de DSF. O treinamento consistiu em realizar exercícios em grupo, por dez sessões, uma ou duas vezes na semana durante cinquenta minutos, totalizando dez posições.	Os resultados indicam que as mulheres submetidas ao TMAP apresentaram melhora significativa na função sexual e na força dos MAP.
Efeito da estimulação elétrica vaginal nas funções sexuais femininas. Aydin et al., 2015 ³⁷ .	Avaliar a eficácia da estimulação elétrica vaginal (VES) em mulheres com DSF sem distúrbio do assoalho pélvico predominante ou incontinência urinária.	Ensaio clínico duplo-cego, controlado por placebo e randomizado em (n=42) mulheres com DSF. Foram alocadas aleatoriamente em dois grupos: Grupo VES foi inserida uma sonda vaginal e uma corrente alternada de média frequência (50hz) foi administrada por um ciclo de trabalho de 5 segundos seguido de um descanso de 5 segundos. Grupo placebo a intensidade da corrente aumentou até uma contração ser observada, e então nenhuma corrente foi aplicada por um período de vinte minutos.	Os resultados indicam que houve uma melhora do grupo VES e placebo no domínio de excitação, desejo e orgasmo.
Comparação do efeito da fisioterapia com a cirurgia na função sexual em pacientes com distúrbio do assoalho pélvico. Gouveia et al., 2015 ³⁸ .	Comparar o efeito de métodos cirúrgicos versus fisioterapia na função sexual em distúrbios do assoalho pélvico.	Ensaio clínico randomizado em (n=90) pacientes entre 25-55 anos, com parto prévio, história positiva de disfunção sexual com estágio <3 de prolapso de órgão pélvico e divididas em dois grupos: Grupo A (n=45) recebeu reparo padrão da retocele e prineorrafia. Grupo B (n=45) recebeu fisioterapia por oito semanas, (exercícios de Kegel e estimulação elétrica.) duas vezes por semana.	Os resultados indicam que a libido e a excitação melhoraram em ambos os grupos (p= 0,007, p=0,001). O orgasmo melhorou no grupo B (p=0,001).

Fonte: A autora (2022)

Quadro 1 – Continuação - Informações sobre dados, métodos e resultados utilizados nos estudos.

Título, Autor e Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados
Biofeedback versus estimulação elétrica para disfunção sexual. Behnaz Aalaie et al., 2021 ³⁹ .	Comparar os efeitos do biofeedback e da estimulação elétrica sobre os sintomas das DSF e com incontinência urinária de esforço.	Ensaio clínico randomizado controlado, (n= 22) pacientes com DSF e incontinência de estresse foram divididas e alocadas aleatoriamente em dois grupos. Cada grupo foi submetido ao tratamento pertinente por 100 minutos, duas vezes por semana durante seis semanas. Todas as participantes foram convidadas a realizar três sessões diárias de quinze minutos de exercícios de Kegel durante as seis semanas de tratamento.	Os resultados indicam que para melhorar a função sexual, as mulheres submetidas a biofeedback se beneficiaram mais do que aquelas que recebem estimulação elétrica.

Fonte: A Autora (2022)

Quadro 2 – Informações sobre os recursos utilizados nos artigos selecionados.

Artigo	Duração	Técnica aplicada	Recurso utilizado
36	dez sessões, 1 ou 2x/semana durante cinquenta minutos.	Realizar exercícios em grupo. Os exercícios foram realizados em dez posições: decúbito dorsal, lateral e ventral; na posição de quatro apoios; em sedestação na cadeira e na bola; em pé na frente do espelho. Foram solicitadas, para cada posição, cinco contrações fásicas (rápidas) e cinco contrações tônicas (sustentadas) por dez segundos, com um período de relaxamento de dez segundos entre cada contração, totalizando, ao final de cada sessão.	Cinesioterapia (fortalecimento dos MAP).
37	1x por semana, durante vinte minutos por oito sessões.	Grupo VES: Instrumento de eletroestimulação MyoBravo (MTR+ Vertiebs GmbH, Berlim). Uma sonda vaginal foi inserida, e uma corrente alternada de média frequência (50 Hz). Foi administrada para um ciclo de trabalho 5 segundos ligado seguido de 5 segundos desligado. A intensidade da corrente foi iniciada em 0 mA, e aumentou gradativamente até ser observada contração involuntária dos MAP, e então aumentou de acordo com a tolerância do paciente.	Estimulação elétrica vaginal (VES).
37	1x por semana, durante vinte minutos por oito sessões.	Grupo controle: Instrumento de eletroestimulação MyoBravo (MTR+ Vertiebs GmbH, Berlim). Intensidade da corrente aumentou gradualmente até uma contração ser observada e então nenhuma corrente foi aplicada por um período de vinte minutos.	Estimulação elétrica vaginal (VES).
38	2x por semana durante oito semanas (dois meses)	Grupo A: recebeu um relaxamento pélvico de reparo cirúrgico (reparo padrão de retocele e prineorrafia). Grupo B: recebeu fisioterapia; estimulação elétrica, biofeedback vaginal e anal, infravermelho, exercícios de reforço e relaxamento. A VES foi usada para reforço e reconhecimento dos músculos do assoalho pélvico, os exercícios de Kegel incluíam contrações lentas e rápidas, três vezes ao dia durante 6-8 segundos de contrações com 6 segundos de descanso entre elas, por quinze minutos.	VES, Exercícios de Kegel, Biofeedback e infravermelho.
39	2x por semana durante seis semanas por 100 minutos.	Grupo biofeedback: As pacientes tinham uma sonda intravaginal descartável (ativa) e um eletrodo de superfície. Em cada sessão, as participantes foram submetidas a um contínuo e dois programas de trabalho/descanso cinco vezes cada por sessão. Grupo VES: Usamos uma sonda vaginal para fornecer estimulação elétrica ao assoalho pélvico os pacientes sentiram uma sensação tolerada de vibração e contração muscular no assoalho pélvico.	estimulação elétrica de superfície e biofeedback eletromiográfico.

Fonte: A autora (2022)

7 DISCUSSÃO

Foi possível verificar nesta revisão de literatura que, a incapacidade de atingir o orgasmo é multifatorial e está associada a fraqueza da MAP.

Piassarolli et al.³⁶, com o intuito de avaliar o efeito do TMAP, discorreu que o desuso, a hipotonicidade e a fraqueza muscular contribuem para a incapacidade orgástica e que a reabilitação e o fortalecimento desses tem efeito benéfico na função sexual de mulheres.

Piassarolli et al.³⁶, e Gouveia et al.³⁸, corroboram que o TMAP melhora e potencializa o orgasmo já que o fortalecimento dos MAP, especificamente dos isquiocavernosos e bulboesponjosos contribui na excitação facilitando a atingir o orgasmo, por terem as suas inserções no corpo cavernoso do clitóris. Ambos ainda relatam que o orgasmo pode ser beneficiado com a execução do TMAP, pois os exercícios do assoalho pélvico também produzem um aumento na vascularização pélvica, sensibilidade clitoriana, aumento de fluxo sanguíneo e mobilidade pélvica promovendo uma melhora na excitação e lubrificação genital, o que potencializa o orgasmo.

Aalaie et al.³⁹, com o intuito de comparar os efeitos do biofeedback e da estimulação elétrica nos sintomas das DSF, chegou à conclusão de que os músculos pélvicos desempenham um papel importante no tratamento das disfunções sexuais, já que devido a um espasmo involuntário desencadeiam um reflexo defensivo contra uma condição ameaçadora de dor fazendo com que as mulheres evitem relações sexuais. Este estudo aponta que os pacientes submetidos ao tratamento de biofeedback se beneficiam mais e aprendem a relaxar os músculos pélvicos aumentando o desejo, lubrificação favorecendo o orgasmo. Já os pacientes submetidos a estimulação elétrica induzem a dessensibilização, o que resulta em uma eficácia prolongada no controle da dor e pouco evidenciada em relação ao orgasmo.

Já o estudo de Aydin et al.³⁷, que tem como objetivo avaliar a eficácia da estimulação elétrica, não corrobora com os resultados de Aalaie et al.³⁹, mostrando que há sim um impacto positivo na função sexual utilizando o recurso de estimulação elétrica. A contração dos MAP desempenha um papel importante na resposta orgástica feminina, com 40hz a 60hz recomendados para fortalecimento muscular, sendo assim essa alta frequência provoca a estimulação do nervo pudendo e este estímulo promove contrações da MAP fortalecendo suas fibras.

Aydin et al.³⁷, e Piassarolli et al.³⁶, ainda afirmam em seus estudos que a estimulação elétrica e o TMAP além do aumento de força muscular, melhoram a coordenação da contração, a conscientização e propriocepção promovendo uma maior percepção da região perineal potencializando a função orgástica.

O estudo de Aydin et al.³⁷, ainda aborda um grupo placebo, onde a técnica realizada também foi inserir uma sonda vaginal, porém nenhuma corrente foi aplicada obtendo resultados positivos no aumento da excitação, desejo e orgasmo, isso pode ser explicado pelo fato de que a inserção de um eletrodo no canal vaginal, mesmo desconectado, pode causar o aumento da

consciência, dando confiança à paciente de que o problema está sendo reparado. A última observação expõe a falta de diferença efetivas no grupo de estimulação elétrica e placebo e desafia a eficácia da estimulação elétrica como monoterapia.

Contudo, são necessários mais estudos nessa área devido a escassez.

8 CONCLUSÃO

De acordo com a revisão, os estudos abordados apontam a eficácia da fisioterapia no tratamento da anorgasmia feminina, utilizando como principal recurso o treinamento de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico proporcionando uma melhora da consciência perineal e progressivamente gerando um resultado positivo no desejo, excitação, lubrificação e orgasmo.

REFERÊNCIAS

1. SOARES, E.R. Disfunção sexual feminina: Tratamento fisioterapêutico na dispareunia. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Arquimedes, 2013.
2. MOREIRA, A.S. Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop, 2017.
3. WOLPE, R.E.; TORIY, A.M.; SILVA, F.P.; SPERANDIO, F.F. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas uma revisão sistemática. *Acta Fisiatr.*, v.2, n.22, p.87-92, abril, 2015.
4. Antonioli, R. de S., & Simões, D. (2010). Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista Neurociências*, 18(2), 267-274.
5. DELGADO, A.M.; FERREIRA, I.S.V.; SOUSA, M.A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Revista científica da escola da saúde*, n. 1, p. 47-56, jan, 2015.
6. Laura Berman; Jennifer Berman; Stan Felder; Dan Pollets; Sachin Chhabra; Marie Miles; Jennifer Ann Powell (2003). Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience., *79(3)*, 572–576. doi:10.1016/s0015-0282(02)04695-2
7. MARQUES, M.G.; BRAZ, M.M. Efeitos do método pilates sobre a função sexual feminina. *Fisioterapia Brasil*, v.1, n.18, p. 63-68, agos, 2017.
8. COSTA, C.K.L. Estudo de técnicas de quantificação e eficácia de um programa de exercícios na funcionalidade do assoalho pélvico e impacto sobre a função sexual feminina. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
9. PARISOTTO, L. Disfunção do orgasmo feminino. *ABC da Saúde*, São Paulo, jan. 2010.
10. MEDEIROS, M. W.; BRAZ, M. M. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.
11. ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 2006.
12. ALENCAR, C. M. L. Segredos do clitóris. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2011.
13. PRATOS, K. E. M. S.; DIAS, C. A. O orgasmo na vida sexual da mulher contemporânea. *Rev. Brasileira de Sexualidade Humana – RBSH*, 2008.
14. VEIGA, A. P. Orgasmo: querer e poder. *Rev. Instituto Gestalt - Terapia*, 2007.
15. PINTO, B. C. A influência dos aspectos contemporâneos na sexualidade feminina: Uma visão gestáltica. *IGT na rede*, Rio de Janeiro, 2007.
16. GREGO, C.; SOUZA, J.F.; BERNAVA, P. Prevalência da anorgasmia em universitária. Trabalho Revista Multidebates, v.4, n.2 Palmas-TO, junho de 2020. ISSN: 2594-4568 de Conclusão de Curso. Faculdade de Americana, 2015

17. ANJOS, G. P.; OLIVEIRA, C. Epidemiologia de anorgasmia em mulheres sexualmente ativas na faixa etária entre 18 há 60 anos na Fundação Hospital Adriano Jorge na cidade de Manaus – AM. Portal biocursos, Manaus, 2007.
18. GALVÃO, A. L.; ABUCHAIM, C. M. A sexualidade normal e transtornos sexuais. ABC da Saúde, São Paulo, jan. 2010
19. McCabe MP. Anorgasmia in Women. *Journal of Family Psychotherapy*. 2009 Jun 30;20(2-3):177–97.
20. Redelman M. A general look at female orgasm and anorgasmia. *Sexual Health*. 2006;3(3):143.
21. Almeida D, Rodrigues AL. A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA APLICADA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES: ESTUDO DA EFICÁCIA DA CINESIOTERAPIA. *Revista Visão Universitária [Internet]*. 2015 Dec 18 [cited 2022 Sep 29];3(1). Available from: <http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/59/51#>
22. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas | CATUSSABA - ISSN 2237-3608. repositoriounpbr [Internet]. Available from: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>
23. TOMEN A, FRACARO G, NUNES EFC, LATORRE GFS. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. *Revista de Ciências Médicas*. 2016 Oct 5;24(3):121.
24. Wroclawski ER, Borrelli JRM, Borrelli M. Tratamento não-Cirúrgico da incontinência urinária de esforço. In: Rubinstein I. *Urologia feminina*. São Paulo: BYK; 1999. p. 189 - 198.
25. Shafik A. The Role of the Levator Ani Muscle in Evacuation, Sexual Performance and Pelvic Floor Disorders. *International Urogynecology Journal*. 2000 Nov;11(6):361–76.
26. Petricelli CD. A importância dos exercícios perineais na saúde e sexualidade feminina. *Fisio e Terapia* 2003; 3 (37):24-25.
27. Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
28. Moreira ECH, et al. Tratamento cirúrgico e conservador da incontinência urinária de esforço. *Fisioterapia do Movimento*. 2001; 13(2):9-13.
29. Seleme M. Diálogo Profissional sobre uroginecologia. *Fisio & Terapia*. 2002; 33:20-3.
30. Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino sob uma visão anatômica. *Rev. Fisioter Bras*. 2003; 4:205-11.
31. 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; 10:387-92.
32. MESQUITA, R.L.; CARBONE, E.S.M. Tratamento Fisioterapêutico nas Disfunções Sexuais em Mulheres após Tratamento de Câncer Ginecológico e de Câncer de Mama: Uma Revisão de Literatura. *Rev Fisioter S Fun*, n. 2, v. 4, p. 32-40, set, 2015.

33. FITZ, F.F.; RESENDE, A.P.M.; STUPP, L.; COSTA, T.F. Efeitos da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet*, n. 11, v. 34, p. 505-10, set, 2012.
34. PEREZ, F.S.B. Fortalecimento perineal com um novo eletrodo móvel na incontinência urinária e disfunção sexual. Tese. Faculdade de medicina da Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
35. SILVA, T.D.M. Disfunções sexuais Femininas, uma pesquisa bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
36. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF de, Ferreira N de O, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010 May;32(5).
37. Aydın S, Arıoğlu Aydın Ç, Batmaz G, Dansuk R. Effect of Vaginal Electrical Stimulation on Female Sexual Functions: A Randomized Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015 Feb;12(2):463–9.
38. Eftekhar T, Sohrabi M, Haghollahi F, Sc M, Shariat M, Miri E, et al. Comparison effect of physiotherapy with surgery on sexual function in patients with pelvic floor disorder: A randomized clinical trial. *Iran J Reprod Med [Internet]*. 2014 [cited 2022 Nov 6];12(1):7–14. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf?rm14002>
39. AALAIE, B. et al. Biofeedback versus electrical stimulation for sexual dysfunction: a randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal*, v. 32, n. 5, p. 1195–1203, 1 maio 2021.