

# A IMPORTÂNCIA DO FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO NA SATISFAÇÃO SEXUAL FEMININA\*

Denise Fernanda da Costa **BUZO**

Natália Caroline da **CRUZ\*\***

Rosana de Fátima **GARBIN\*\*\***

**RESUMO:** A sexualidade feminina é um processo amplo e complexo. Atualmente as disfunções sexuais tem atingido várias mulheres, prejudicando de maneira física e emocional e assim interferindo na qualidade de vida das mesmas. Diversos fatores podem influenciar na satisfação sexual da mulher, dentre eles, a debilidade dos MAP (músculos do assoalho pélvico). A fisioterapia através de recursos terapêuticos como por exemplo o fortalecimento dos MAP, têm obtido resultados positivos na melhora da satisfação sexual da mulher. O presente estudo buscou verificar através de uma revisão bibliográfica a importância e os benefícios do fortalecimento dos MAP na satisfação sexual feminina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fortalecimento dos MAP; Satisfação Sexual Feminina; Disfunções sexuais.

## 1 INTRODUÇÃO

A sexualidade faz parte do ser humano. Por muito tempo houve um silêncio a respeito da sexualidade pelas mulheres, devido a um rigorismo imposto pela sociedade e por preceitos religiosos. A sexualidade é vida e uma necessidade fisiológica (CAVALEIRA; LEAL, 2008).

De acordo com Etienne e Waitman (2006) está relacionada a uma ampla busca de satisfação do desejo e do prazer físico, assim como uma necessidade emocional de proximidade e pertinência nos contatos humanos.

De Lamater (1991) define a satisfação sexual como o grau no qual a atividade sexual de uma pessoa corresponde ao seus ideais.

Um dos fatores psicológicos mais avaliados na área das disfunções é a satisfação sexual (DAVIS et al., 2000; PECHORRO, 2009).

A prevalência da disfunção sexual segundo Lara et al., 2008 é cerca de 40% nas mulheres. Já para Leite et al. (2007), as disfunções sexuais são comuns entre mulheres, afetando de 20% a 50% delas.

Diversos fatores podem estar relacionados com a satisfação sexual. Pontua-se a influência dos músculos do assoalho pélvico (MAP) na função e na resposta sexual feminina visto que, a disfunção sexual é uma condição comum em mulheres com queixa de distúrbios dos MAP (LARA et al., 2008; PIASSAROLI et al., 2010).

Os exercícios para o assoalho pélvico, proporciona grandes benefícios como a melhora da força da musculatura, auxilia no fluxo sanguíneo pélvico, melhor mobilidade pélvica e sensibilidade clitoriana, contribuindo para a excitação, lubrificação e o orgasmo (MENDONÇA; AMARAL, 2011).

Portanto, manter a musculatura do assoalho pélvico fortalecida, pode-se evitar queixas de disfunção sexual, melhorando a sensibilidade genital, excitação e melhor qualidade de satisfação sexual (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

\*Artigo elaborado para obtenção de certificado de conclusão do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Fernandópolis, FIFE.

\*\*São graduandas do curso de Fisioterapia da FIFE.

\*\*\*Orientadora e professora especialista do curso de Fisioterapia da FIFE.

---

Diante do exposto, considerando o conceito ampliado de saúde, uma vida sexual insatisfatória interfere na qualidade de vida da mulher. Visto que há uma grande prevalência de disfunções sexuais entre as mulheres, pouco interesse dos profissionais da saúde sobre este assunto, e escassez de artigos publicados, surgiu o interesse da realização deste estudo, tendo como objetivo demonstrar o benefício do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na satisfação sexual da mulher, utilizando recursos da fisioterapia.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é demonstrar o benefício do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na satisfação sexual da mulher, utilizando recursos da fisioterapia.

## **3 JUSTIFICATIVA**

Devido ser pouco esclarecido na literatura a correlação entre a musculatura do assoalho pélvico fortalecido e satisfação sexual feminina e se tratando de um assunto de grande importância para as mulheres, houve o interesse de realizar a pesquisa sobre o tema.

## **4 MÉTODO**

O presente artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, utilizando livros da biblioteca da Fundação Educacional de Fernandópolis e sites de busca da área da saúde como Google acadêmico, Bireme, Scielo, Lilacs e Pubmed, usando palavras-chave: Fortalecimento dos MAP; Satisfação Sexual Feminina; Disfunções sexuais. Foram realizadas no período de Agosto de 2016 à Maio de 2017.

## **5 REVISÃO DA LITERATURA**

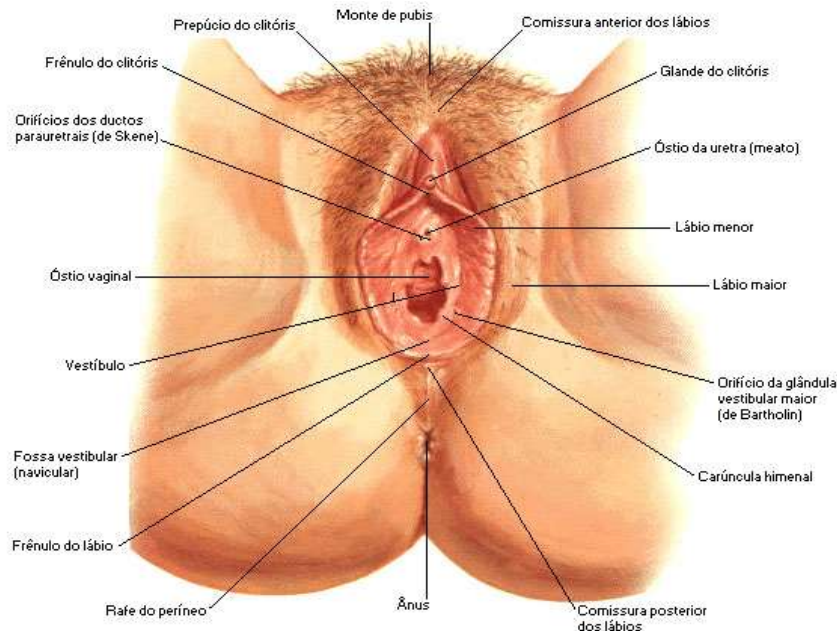
### **5.1 ASSOALHO PÉLVICO**

A genitália feminina externa encontra-se do púbis até o períneo. Conhecido como pudendo, ou vulva, são chamados os órgãos genitais externos femininos quando considerados coletivamente. São eles: monte do púbis, lábios maiores, lábios menores, clitóris, vestibulo da vagina, bulbo do vestibulo e as glândulas vestibulares maiores (SPENCE, 1991).

Os grandes lábios são duas pregas longitudinais, envolvendo a fenda vulvar, já os pequenos lábios ficam na parte interna dos grandes lábios, unidos ao clitóris. O clitóris é um órgão erétil, pequeno e cilindro, composto de um corpo e uma glândula, é uma estrutura homóloga à porção distal do pênis, muito sensível ao toque, torna-se engurgitado com sangue e rígido quando estimulado, contribuindo para o estímulo e excitação sexual da mulher (BARROTE; SOUZA, 2000).

O monte do púbis, é uma proeminência gordurosa anteriormente ao púbis, coberta de pelos durante a puberdade. Os bulbos do vestibulo são massas pares de tecido erétil alongados e situam-se ao longo dos óstio vaginal sob a cobertura dos músculos bulboesponjosos (MOORE; DALLEY, 2011).

A região entre os lábios menores é chamada de vestibulo da vagina, entre as paredes da uretra há as aberturas dos ductos das glândulas uretrais (de skene) que secretam muco e nos lados do orifício vaginal estão as glândulas vestibulares maiores (de Bartholin), que produzem muco para lubrificação durante o ato sexual - Figura 1 (GRABOWSKI; TORTORA, 2000).



**Figura 1:** Genitália feminina externa.

**Fonte:** NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana, 2000, p-55.

Todas as estruturas que estão contidas entre o peritônio pélvico e a pele da vulva (bexiga, uretra e a musculatura do assoalho pélvico) formam o assoalho pélvico (OLIVEIRA; LOPES, 2006).

O assoalho pélvico é uma estrutura complexa formada por músculos, fâscias e ligamentos que fecham a parte inferior da pelve (cavidade pélvica). Anteriormente, limita-se pelo arco púbico e posteriormente pelo cóccix, lateralmente pelos ramos e isquios púbicos e ligamentos sacrotuberais (KHALE; LEONHARDT; PLATZER, 2000).

Atualmente, entende-se como assoalho pélvico todo o conjunto de estruturas que dá suporte às vísceras abdominais e pélvicas (SAMPAIO et al., 1999).

O assoalho pélvico feminino é dividido em três compartimentos: anterior (bexiga e uretra), médio (vagina) e posterior (reto) (MORENO, 2004).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) é uma camada muscular que tem como uma das principais funções, o auxílio no suporte dos órgãos pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, e ainda um importante papel na sexualidade feminina (MOREIRA; ARRUDA, 2010).

Dentre os componentes de suporte do assoalho, destacam-se as fâscias pélvicas, o diafragma pélvico e o diafragma urogenital. O conjunto dos músculos coccigeos e elevadores do ânus são chamados de Diafragma pélvico (MOREIRA; CHAVES; REIS, 2007).

O diafragma urogenital, ou espaço perineal profundo, é caracterizado pelo músculo transversal profundo do períneo (BEZERRA et al., 2011).

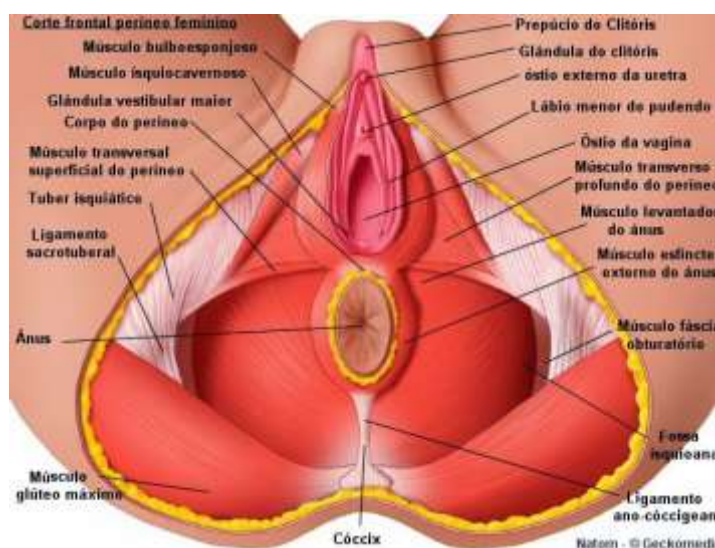
O músculo levantador do ânus divide-se em feixes pubo coccigeo, pubo retal e ílio coccigeo, apresentando uma simetria bilateral, é capaz de manter o tônus muscular por períodos prolongados e em situações que há o aumento da pressão intra- abdominal (LACERDA, 2000).

Standring (2010), analisa que os músculos superficiais do períneo correspondem as fibras dos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e transversal superficial do períneo, que ajudam na função sexual do assoalho pélvico.

O músculo bulboesponjoso origina-se na região anterior do ânus e se insere no clitóris, desempenhando a função de contração vaginal, ereção do clitóris e eliminação da secreção de glândulas mucosas durante o ato sexual (FORTUNATO et al., 2014).

Compondo a musculatura perineal, em destaque os músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso quando voluntariamente contraídos, contribuem e incrementam a excitação e o orgasmo. Desta forma, esses mesmos músculos são responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias que ocorrem durante a fase do orgasmo (FERREIRA et al., 2007).

Os músculos isquioscavernosos originam da tuberosidade isquiática e se inserem na raiz do clitóris e centro tendineo mantendo a ereção. O bubocavernoso e buboesponjoso estão inseridos na base do clitóris auxiliando na ereção do mesmo, são de ação voluntária e inervados pelo nervo pudendo, sendo constritores da vagina – Figura 2 (BARACHO, 2002).



**Figura 2:** Músculos do assoalho pélvico

**Fonte:** <http://vitalisscenter.blogspot.com.br/2015/05/assoalho-pelvico-o-que-e-qual-sua.html>

A musculatura do períneo é inervada pelo nervo pudendo do plexo sacral. Mais especificamente todos os músculos são inervados pelo ramo perineal do nervo pudendo, com exceção do esfíncter externo do ânus, que é inervado pelo nervo espinhal sacral S4 e pelo ramo retal inferior do nervo pudendo (GRABOWSKI; TORTORA, 2000).

O músculo pubococcigeo anterior e iliococcigeo posterior, são inervados pelo nervo pudendo e pelo plexo sacral de S3 e S4. Seu suprimento se dá pela artéria pudenda interna (BARACHO, 2002).

Os músculos do assoalho pélvico são formados de 70% de fibras do tipo I (contração lenta), e 30% de fibras do tipo II (contração rápida). São resistente a fadiga as fibras do tipo I e as do tipo II são pouco resistentes a fadiga, mas produzem uma alta ordem de força na contração (SILVA, 2003; NOLASCO, 2007).

## 5.2 CICLO DE REPOSTA SEXUAL

De acordo com Antonioli e Simões (2010), a resposta sexual normal feminina é constituída por um conjunto complexo de fatores psicológicos, ambientais e fisiológicos.

Originário da formulação de Masters e Johnson e modificado por Helen Kaplan o ciclo de resposta sexual da mulher é constituído por quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A resposta sexual envolve uma interação complexa de fisiologia, emoções, experiências, crenças, estilo de vida e relações (BARROS et al., 2014).

Na fase de excitação sexual, a acetilcolina, peptídeos vasodilatadores e NO são liberados nas estruturas genitais através das terminações nervosas parassimpáticas provenientes do plexo sacral, tais substâncias irão proporcionar a dilatação e congestão venosa, levando a ereção do clitóris e a turgescência dos pequenos lábios que fazem saliências e alongam a vagina. As glândulas de Bartholin são estimuladas aumentadas durante o ato sexual da mulher (FERNANDES, 2013).

Ao se deparar com uma situação excitante pode desencadear o desejo sexual: apetite, libido e apetência. O prolongamento desse fenômeno pode então resultar em resposta orgástica (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

O orgasmo é uma resposta reflexa que afeta todo o corpo, causando um pleno relaxamento, caracteriza-se por contrações rítmicas dos músculos levantadores do ânus, diafragma pélvico, bulbo-cavernoso,

vagina e útero e liberação da tensão muscular. Durante a fase de resolução há diminuição gradual da tensão muscular e detumescência dos lábios, clitóris e vagina (BARROS; FIGUEREDO, 2014).

### **5.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

As disfunções sexuais femininas são as alterações em que a mulher sofre e que fazem com que as relações sexuais não sejam satisfatórias (MOURA; COSTA, 2006).

Qualquer alteração em uma das fases da resposta sexual, desejo, excitação, orgasmo e resolução podem acarretar o surgimento das disfunções sexuais (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Outros fatores como a falta de conhecimento do seu corpo, problemas pessoais, conflitos conjugais podem desencadear problemas emocionais nas mulheres e influenciar na resposta sexual (LAZZARINI, 2009).

Dentre as disfunções sexuais estão o transtorno do desejo/ interesse sexual, transtorno de excitação sexual; dispareunia (dores no momento da relação sexual); anorgasmia (falta de orgasmo) e o vaginismo (dificuldade no relaxamento da musculatura impossibilitando o ato sexual) (BERMAN, 2001).

Antonioli e Simões (2010), apontam que mais da metade das mulheres (64%), apresentam disfunção do desejo sexual. Estes autores citam um estudo com 1.219 mulheres indicando que 49% destas tinham pelo menos uma disfunção sexual, sendo 26,7% disfunção do desejo, 23% dispareunia e 21% anorgasmia.

Os músculos elevadores do ânus modulam a receptividade vaginal à penetração, assim como a resposta motora do orgasmo. Quando se tornam hipertônicos, favorecem o aparecimento do vaginismo ou mesmo a dispareunia, já quando estes apresentam sinais de hipotonia, observa-se a anorgasmia coital e até mesmo incontinência urinária durante o coito (LOPES et. al., 1994; GEISS et al., 2003).

### **5.4 EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO PARA OS MAP**

A cinesioterapia é uma terapia através de movimentos, tendo como base movimentos voluntários repetidos que proporcionam o aumento da força muscular, resistência a fadiga, melhorando a mobilidade, flexibilidade e a coordenação muscular (AMARO; GAMEIRO, 2001).

Através de exercícios de fortalecimento é possível promover o aumento do diâmetro e força de fibras musculares. Isto ocorre devido ao aumento de estímulo na síntese proteica e diminuição da degradação de proteínas, aumento da capacidade oxidativa e volume de mitocôndrias (MACHADO, 2005).

Nolasco et al. (2007), menciona que uma ferramenta-chave utilizada no tratamento fisioterápico para o fortalecimento do assoalho pélvico é a cinesioterapia, trabalhando os músculos de forma ativa conforme orientada.

Dentre as técnicas de cinesioterapia para reeducação perineal, a mais utilizada e conhecida são os exercícios de kegel, criada por volta de 1950 pelo ginecologista Arnold kegel, com um programa de exercícios para fortalecimento dos MAP (MOREIRA; CHAVES; REIS, 2007).

O objetivo básico dos exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica é o reforço da resistência uretral e a melhora dos elementos de sustentação dos órgãos pélvicos (MOURA; COSTA, 2006).

Para Santos (2004), os exercícios de kegel objetiva trabalhar basicamente a musculatura perineal para o tratamento de hipotonia do assoalho pélvico.

Em um primeiro momento para tratamento, é importante retratar orientações ao paciente, conscientizando-o sobre a anatomia do assoalho pélvico e o objetivo do programa de reeducação (NOLASCO et al., 2007).

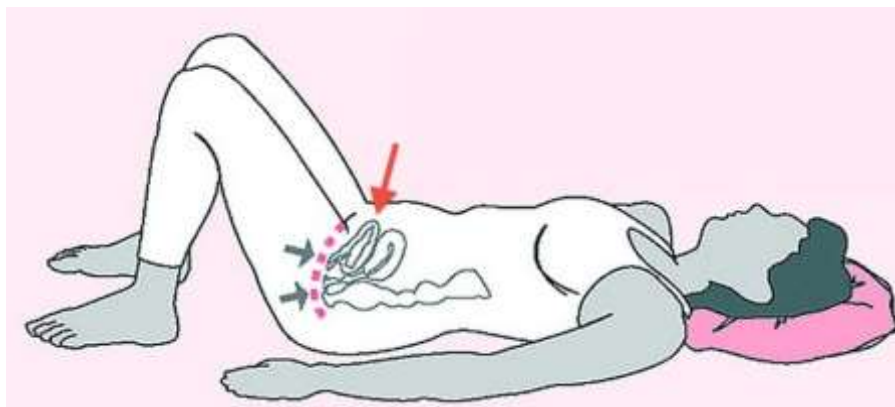
Kisner (2005), cita o exercício do tipo ponte, “relógio pélvico” para desenvolver a percepção proprioceptiva, além do fortalecimento e controle dos MAP através de uma elevação isométrica (Fig. 3).



**Figura 3:** Exercício Relógio Pélvico

**Fonte:** <http://blogpilates.com.br/pilates-aplicado-lombalgia/>

Os exercícios da série de kegel, baseiam-se em contrações voluntárias da musculatura do assoalho pélvico (Figura 4), onde intercala as contrações mantidas com as rápidas com o propósito de estimular as fibras musculares do tipo I e do tipo II do assoalho pélvico. O posicionamento em decúbito dorsal e ventral promovem maior facilidade e eficiência na contração do períneo (LATORRE, 2002; SILVA, 2011).



**Figura 4 -** Exercícios de kegel.

**Fonte:** <http://pilatesciencia.blogspot.com.br/>.

De acordo com Silva (2011), os exercícios perineais devem ser realizados com a bexiga sem nenhum volume de líquido e a paciente mantém a contração dos músculos do assoalho pélvico durante o período de 10 segundos, posteriormente relaxa os músculos seguindo uma ordem de 10 repetições, três vezes ao dia.

Kegel preconizava que a restauração do tônus e da função muscular poderia ser obtida com a realização de exercícios realizados por 20 minutos, três vezes por dia, em um período de 20 a 60 dias, devendo ser registrado seu progresso em uma tabela (MOREIRA; CHAVES; REIS, 2007).

Outros recursos podem ser utilizados em conjunto com a cinesioterapia, como os cones vaginais (Figura 5), que é uma técnica intracavitária, constituído por um conjunto de cinco pesos diferentes, variando aproximadamente de 20 a 70 gramas. Os cones vaginais promovem um ganho de força e resistência muscular por meio do recrutamento da musculatura pubiococcígea e auxiliar periférica e maior conscientização perineal (POLDEN, 1993; SELEME 2002).



**Figura 5:** Cones vaginais.

**Fonte:** <http://minutodemulher.com/mdmbr/flatulencia-vagina-quem-ja-passou-por-isso/>

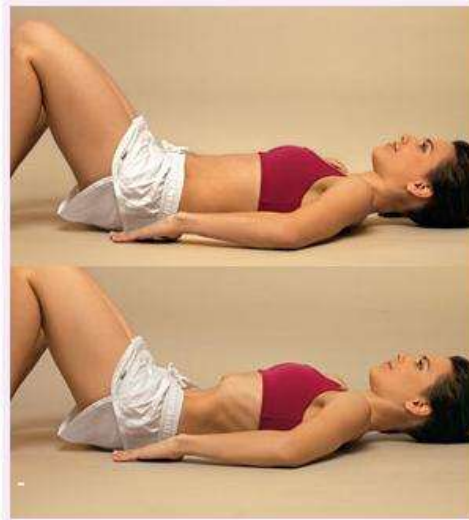
Outra modalidade é o Biofeedback, um aparelho que registra as contrações musculares do assoalho pélvico e traduz sua intensidade por sinais visuais. É introduzida na vagina a sonda inflável, depois de insuflada a paciente realiza uma contração máxima, sendo visualizada e graduada no visor do aparelho em mmHg (Fig.6). O objetivo do tratamento por biofeedback é de ajudar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico (MORENO, 2004).



**Figura 6:** Biofeedback

**Fonte:** <http://thaisuroginecologia.blogspot.com.br/2014/07/o-que-e-biofeedback-eletromiografico.html>

Como proposta alternativa para tratamento, a Ginástica Hipopressiva é indicada para melhora da propriocepção dos MAP (Fig.7), onde através da aspiração diafragmática promove pressão negativa na cavidade abdominal e, reflexamente ativa os MAP por meio da tração da fásia abdominal, que é conectada a fásia endopélvica. Esses exercícios são praticados em três fases: 1) inspiração diafragmática lenta e profunda, 2) expiração completa e, 3) aspiração diafragmática, em que ocorre progressiva contração dos músculos abdominais profundos, intercostais e elevação das cúpulas diafragmáticas (SELEME; BERTOTTO; RIBEIRO, 2009).



**Figura 7:** Ginástica Hipopressiva.

**Fonte:** <http://www.cuidandodocorpo.com/search/label/Pilates>

Há também a eletroestimulação, que consiste na colocação intravaginal de um dispositivo aproximadamente 7cm de comprimento e 2,5 de diâmetro. Esta corrente consiste em um estímulo elétrico de baixa frequência de 10 e 50Hz, onde sua intensidade é ajustada a nível da paciente, para não se torne desagradável, sendo suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica. A técnica envolve a estimulação do nervo pudendo, realizando a contração passiva da musculatura perineal, sendo muito eficaz na conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular (Fig.8) (SELEME, 2002; SILVA, 2003).



**Figura 8:** Eletroestimulação perineal

**Fonte:** <http://fisioterapiaperineal.com.br/anorgasmia/>

## 5.5 EFEITOS DO FORTALECIMENTO DOS MAP NA SATISFAÇÃO SEXUAL FEMININA

Os MAP desempenham um importante papel na função sexual feminina, quando são sadios e volumosos. Porém, o desuso, a debilidade e a hipotonicidade da musculatura, pode influenciar na função sexual (PIASSAROLLI et al., 2010).

Vários eventos que ocorrem durante a vida da mulher, como a gravidez, o parto, o aumento de peso, a menopausa e o envelhecimento acabam por afetar a força dos músculos do assoalho pélvico e outras estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos (BIANCO; BRAZ, 2010).

A avaliação da função sexual é muito complexa, pois a sexualidade é um fenômeno multidimensional, associado a fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e por ter determinantes interpessoais. O FSFI (questionário da função sexual feminina), é um instrumento adequado para estudos epidemiológicos e clínicos, que permite avaliar de forma objetiva a sexualidade feminina (PIASSAROLI et al., 2010).



Foi construído e validado na língua inglesa, o Female Sexual Function Index (FSFI), recentemente traduzido e adaptado para o português; é um questionário breve, com 19 questões, auto aplicativo, específico e multidimensional, que avalia a resposta sexual feminina: o desejo sexual, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor (Figura 9). A pontuação final é obtida pela soma dos scores ponderados em cada domínio variando de 0 a 5; o score total mínimo é de 2 e o máximo 36, sendo os maiores valores associados a uma melhor função sexual (MAGNO; PEREIRA; NUNES, 2011).

Anexo	Itens do Índice de Funcionamento Sexual Feminino
1.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?
2.	Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?
3.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?
4.	Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?
5.	Nas últimas 4 semanas, qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?
6.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?
7.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada ("molhada") durante a actividade sexual ou relação sexual?
8.	Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada ("molhada") durante a actividade sexual ou a relação sexual?
9.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?
10.	Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação ("estar molhada") até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?
11.	Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?
12.	Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?
13.	Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a actividade sexual ou a relação sexual?
14.	Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?
15.	Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?
16.	Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?
17.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
18.	Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
19.	Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

**Figura 9:** Itens do questionário da função sexual feminina.

**Fonte:** PECHORRO et al., 2009.

Dentre os objetivos da reabilitação do assoalho pélvico, estão o aumento do equilíbrio da musculatura pélvica, a melhora da vascularização e, conseqüentemente, uma sexualidade satisfatória (MENDONÇA; AMARAL, 2011).

Quando trabalhada a força e a conscientização dos MAP, melhora uma das principais características do orgasmo, que são as contrações involuntárias dessa musculatura (MOURA; MARSAL, 2015).

Os exercícios de contração voluntária do assoalho pélvico possuem muitos benefícios; por exemplo: melhora a percepção e consciência corporal da região pélvica; aumento da vascularização na região pélvica; aumento da tonicidade e da força da musculatura do assoalho pélvico, associado a este vigor, ao contrair a musculatura do assoalho vaginal de forma muito significativa; mantendo este grupo muscular fortalecido, evita-se uma diversidade de problemas físicos que ocorrem nos períodos mais avançados da vida, devido ao enfraquecimento do músculo pubococcígeo (PETRICELLI, 2003. p. 24-25).

Tanto a conscientização e o fortalecimento do assoalho pélvico são técnicas utilizadas no tratamento da disfunção sexual feminina, onde promovem o aumento do desejo sexual, com maior possibilidade de melhorar a excitação (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Através do fortalecimento dos MAP, principalmente dos músculos que se inserem no corpo cavernoso do clitóris, há melhor resposta do reflexo sensorio-motor (contração involuntária dos MAP durante o orgasmo), auxiliando na excitação e no próprio orgasmo (PIASSAROLI et al., 2010).

Segundo Cavalcanti e Cavalcanti (1992) o músculo elevador do ânus e os músculos perineais, participam da função e resposta sexual feminina. Deste modo, quando os músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso são contraídos voluntariamente, contribuem e incrementam a excitação e o orgasmo, já que são responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias que ocorrem durante a fase do orgasmo.

Para Fluckiger (2004), é importante lembrar que os exercícios, além de propiciar grande ajuda na sexualidade, são terapêuticos de reabilitação e também preventivos, para patologias como a cistocele, prolapso e incontinência urinária.

Halbe (2000), afirma que através dos exercícios cinesioterapêuticos do assoalho pélvico, a mulher aumenta sua capacidade de atingir o orgasmo, pois há um aumento na propriocepção e a atividade fisiológica desses músculos se torna mais coordenada com as contrações, melhorando a função da musculatura no ato sexual.

## 6 DISCUSSÃO

A vagina possui pouquíssimas fibras nervosas sensoriais e os MAP conferem a sensibilidade proprioceptiva que contribuem para o prazer sexual. Quando os MAP são hipertrofiados proporcionam uma vagina menor e maior atrito contra o pênis durante a relação sexual. Isso resulta em estimulação de mais terminações nervosas gerando uma sensação agradável durante a relação sexual (BIANCO; BRAZ, 2010).

De acordo com Quintas (2002), assim como aprende-se a andar, ler, dirigir, comer, também se aprende a atingir o orgasmo, sendo que para uns ocorre de maneira natural, já para outros se faz um percurso maior.

Latorre et al. (2011), afirmam que quando os exercícios de fortalecimento são realizados de forma correta, a musculatura do assoalho pélvico torna-se mais vascularizada, mais inervada, muito mais sensível ao toque, com contrações mais intensas durante a penetração, facilitando o orgasmo.

Em concordância, Delgado, Ferreira e Souza (2014), acredita que se auxilia a excitação e atingir o orgasmo, através do fortalecimento dos músculos, principalmente dos isquiocavernosos e bulboesponjosos por terem suas inserções no clitóris.

Kaplan (1974), já dizia que muitas mulheres não tem conhecimento da potencialidade no prazer e na localização do clitóris. E que, não apenas o fortalecimento, mas também o a conscientização e a propriocepção dessa musculatura promovem uma maior percepção perineal, melhorando a auto imagem da mulher, sua receptividade, a atividade e satisfação sexual.

Magno, Pereira e Nunes (2011), avaliaram 10 mulheres na faixa etária de 21 a 40 anos, sexualmente ativas, sem queixas de disfunção sexuais, utilizando o questionário FSFI e um periômetro para mensurar a força de contração dos MAP, verificaram que, quanto maior a força de contração, melhor é o índice da função sexual.

Porém, estima-se que 37% das mulheres não consegue exercitar corretamente a musculatura do assoalho pélvico quando solicitados (CAMARGO et al., 2016)

Hescher (2007), colabora com a afirmação, através de resultados de uma pesquisa realizada com 40 mulheres, onde 100% destas desconheciam a função e funcionamento do assoalho pélvico. E, complementa que o uso da eletroestimulação é um fator decisivo para o sucesso da propriocepção e consciência do corpo, e consequente a realização correta da cinesioterapia.

Como demonstra Medeiros (2005), um estudo realizado com 4 mulheres (sendo 2 orgásmicas e 2 anorgásmicas), observou-se que todas as pacientes relataram aumento na satisfação sexual, sendo que a disfunção não estava relacionada com a força perineal, mas sim com a consciência corporal local. Com a melhora da consciência corporal as pacientes puderam melhorar sua vida sexual.

Para Fluckiger (2004), os exercícios de fortalecimento fisioterápicos auxiliam muito 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 apresentam dificuldade, se tornam mais intensos e em maior número.

Em um estudo realizado por Piassarolli et al. (2010), foram avaliadas 26 mulheres que apresentavam alguma disfunção sexual. Todas foram tratadas com treinamento muscular do assoalho pélvico (TNMP) e 69% receberam alta do Ambulatório de Sexologia por melhorarem as queixas sexuais.

Bianco e Braz (2010), realizaram um estudo com 5 mulheres e demonstraram que 4 das pacientes (85%), tiveram aumento na frequência de orgasmos e todas as pacientes (100%) relataram um aumento na satisfação após a realização dos exercícios dos MAP.

Já Magno, Pereira e Nunes 2011 (apud Baytur et al., 2005) avaliaram a função sexual com FSFI e a força dos músculos com um periômetro e não verificaram influência da força dos MAP na função sexual das participantes investigadas.

Camargo et al. (2016), relata que um estudo realizado com 3 pacientes (sendo 2 submetidas ao parto normal e uma a parto cesáreo). As pacientes que foram submetidas ao parto normal, referiam perda de sensibilidade vaginal e retornou com o tratamento, as 3 passaram a contrair a musculatura do assoalho pélvico com precisão, melhorando a satisfação sexual.

Corroborando com a afirmação de Lazzarini e Carvalho (2009), os autores citam que a satisfação sexual é influenciada por vários fatores, dentre os quais está a força muscular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Fisioterapia vem abrindo novos caminhos direcionados a sexualidade feminina, alcançando benefícios e resultados importantes. Através de recursos fisioterápicos com o fortalecimento para os MAP, incluindo a cinesioterapia, eletroterapia e outros métodos, proporcionam à mulher uma melhor conscientização corporal e reeducação do assoalho pélvico, melhorando a auto imagem corporal, auto estima e desempenho sexual.

Os músculos do períneo assim como qualquer outro músculo esquelético, também tem a propriedade de aumentar o tônus estático e força de resposta rápida. Deste modo, pode-se inferir a grande influência da força e contração dos MAP sobre a satisfação sexual feminina, podendo alterar sobremaneira a qualidade de vida da mulher. Sendo assim, a fisioterapia torna-se cada vez mais participativa no aprimoramento ou na reabilitação desta musculatura.

Diante do exposto nesta revisão, foi possível verificar a escassez de trabalhos que relacionasse a satisfação sexual com a força dos MAP, por isso, sugere-se a realização de novos estudos neste tema.

**ABSTRACT:** The female sexuality is a broad and complex process. Currently, the sexual disorders affect many women, damaging them physically and emotionally and, in this way, interfering in their quality of life. Many reasons can influence in the women sexual satisfaction, for example, the PFM (pelvic floor muscles) weakness. The physiotherapy, through therapeutic resources as PFM invigoration, has got positives results improving the women's sexual satisfaction. This study verified through a bibliographic revision the importance and benefits of the PFM invigoration in women's sexual satisfaction.

**KEY WORDS:** PFM Invigoration; Women's Sexual Satisfaction; Sexual Disorders.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, J. L.; GAMEIRO, M. O. O. Tratamento Não Cirúrgico Cinesioterapia. In: RUBINSTEIN, I., **Clínicas Brasileiras de Urologia Incontinência Urinária na Mulher**. v. 1. Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

ANTONIOLI R.S; SIMÕES D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc.** v.18, n. 2, p.267-274 jan/ago 2010. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/374%20revisao.pdf>>. Acesso em: 16 de set. 2016.

BARACHO, E.; LOTTI, R. C. B.; REIS, A. B. Anatomia Feminina In: BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BARROS, F.A.O.S. F.; FIGUEREDO, A.C.R. **Manual de Medicina Sexual Visão Multidisciplinar**. Jun. 2014.

- BARROTE, M.D.; SOUZA, E.L.B.L. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia**: Uma visão multidisciplinar. 2<sup>a</sup> ed. Belo Horizonte: Health, 2000. p. 25-38.
- BERMAN JR, GODSTEIN I. **Female sexual dysfunction**. Urol. Clint. North Am, 2001.
- BEZERRA, M.R.L et al. Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética, **Radiol. Bras.**v.34, n.6, p.323–326, 2011.
- BIANCO G, BRAZ MM. **Efeitos do exercício do assoalho pélvico na sexualidade feminina**. Tubarão (SC): UNISUL; 2004.
- CAMARGO et al. A influência da força muscular do assoalho pélvico no grau de satisfação sexual feminina. **Rev. Amazônia Science & Health**, v.4, n.2, p.2-8, abr/jun 2016.
- CARVALHEIRA A.A, LEAL I. Os determinantes da satisfação sexual feminina. **Rev Int Androl.** v.6, n.8, p.3-7 2008. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-os-determinantes-da-satisfacao-sexual-13125611>>. Acesso em:18 fev. de 2017.
- CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca; 1992.
- Cones vaginais**. Disponível em: < <http://minutodemulher.com/mdmbr/flatulencia-vagina-quem-ja-passou-por-isso/>>. Acesso em: 05 de jan. de 2017.
- CHIARAPA, T.R.; CACHO, D.P.; ALVES, A.F.D. **Incontinência urinária feminina: Assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 1<sup>a</sup> ed., SP: Livraria Médica Paulista Editora, 2007.
- DAVIS S.R. Androgens and female sexuality. **Journal of Gender Specific Medicine**. v.3, p.36-40, 2000.
- DELAMATER J; FRIEDRICH W.N. Human sexual development. **The Journal of Sex Research**. v.39, n.1, p.10-4, fev. 1991. Disponível em: <<http://www.ssc.wisc.edu/~delamate/pdfs/HumSexDevelJSR.pdf>>. Acesso em: 15 jan. de 2017.
- DELGADO, A.M; FERREIRA, I.S.V; SOUZA, M.A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista científica da escola da saúde**, Catussaba, n° 1, p. 47-56, out. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/viewFile/614/588> >. Acesso em: 03 de jan de 2017.
- Exercício Relógio Pélvico**. Disponível em: < <http://blogpilates.com.br/pilates-aplicado-lombalgia/> >. Acesso em: 27 de dez de 2016.
- Exercícios de kegel**. Disponível em: < <http://pilateseciencia.blogspot.com.br/>>. Acesso em 04 de jan. de 2017.
- ETIENNE, M.A.; WAITMAN, M.C. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico**.1 ed. São Paulo: LPM;2006. 304p.
- FERNANDES, J.S. **Fisiologia do sistema reprodutor feminino**. Disponível em: <<http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Sistema-Reprodutor-Feminino-Fisiologia/77950069.html>>. Acesso em: 18 de fev. de 2017.
- FERREIRA et al. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p. 143-150, abr. / jun., 2007.
- FORTUNATO et al. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, vol.2, p. 143-158, 2014.
- FLUCKIGER, K. **Mulher e orgasmo**. Disponível em: <[http://www.esclsanet.com.br/sitesaude/artigos\\_cadastrados/artigo.asp?art=732](http://www.esclsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=732)> Acesso em: 02 de set de 2017.
- Ginástica Hipopressiva**. Disponível em: < <http://www.cuidandodocorpo.com/search/label/Pilates>>. Acesso em: 07 de jan. de 2017.
- GRABOWSKI, S.R.; TORTORA, G.J. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**, 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.
- HALBE, H.M.; FONSECA, A.M. – Síndrome do climatério. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3 ed. São Paulo: Roca Ltda. p.1519-1554.
- HENSCHER, U. **Fisioterapia em ginecologia**. 1<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2007.164p
- KAPLAN, HS. **A nova terapia do sexo**. 4a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1974.

- KHALE, W.; LEONHARDT, H.; PLATZER, W. **Atlas de Anatomia: aparelho de movimento**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- KISNER, Carolyn & COLBY L. A. **Exercícios terapêuticos - fundamentos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2005.p.
- LACERDA, C. A. M. Estrutura do assoalho pélvico feminino. In: RUBINSTEIN, I. **Urologia feminina**. São Paulo: BYK, 1999.
- LARA LAS, SILVA ACJSR, ROMÃO APMS, JUNQUEIRA FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.30, n. 6, p.312-21, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n6/08.pdf>>. Acesso em: 28 de set. 2016.
- LATORRE G.F.S. **Exercícios de Kegel**. 2010. Disponível em: <<http://www.perineo.net/conteudo/exercicios-para-perineo.php#o>>. Acesso em: 15 jan. de 2017.
- LATORRE et al. Ginástica Hipopressiva: As evidências de uma alternativa ao treinamento da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com déficit proprioceptivo local. **Fisioter Bras**. 2011.p. 463-66.
- LAZZARINI, K.C.; CARVALHO, F. **Intervenção Fisioterapêutica na Disfunção Sexual Feminina, um Estudo de caso**. 3º Seminário de Fisioterapia da Uniamérica, 2009.
- LEITE, A. P. L.; MOURA, E. DE A.; CAMPOS, A. A. S.; MATTAR, R.; SOUZA, E. DE; CAMANO, L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.29, n.8, p.414-9, jun/ago. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a03v29n8.pdf>>. Acesso em: 23 de nov. 2016.
- LOPES G.P.; CLARO J. A.; RODRIGUES J.R.; OSVALDO M. Disfunções Sexuais Femininas. **International Braz J Urol**. v.24, p. 29-34, 1994.
- MACHADO, A. **Análise da força muscular em mulheres praticantes de musculação na fase menstrual e pós-menstrual**. Disponível em: <<http://www.ucb.br>>. Acesso em: 30 de dez. de 2016.
- MAGNO, L.D.P; PEREIRA, A.J.F; NUNES, E.F.C. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v.2, n.4, dez. 2011.
- MEDEIROS, M.W. **Efeitos do fortalecimento no aprimoramento da vida sexual feminina**, Monografia, Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, 2005, 19p.
- MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas - Revisão de Literatura. **Femina**. v. 39, n. 3, p. 139-142, 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n3/a2495.pdf>>. Acesso em 10 de set de 2016.
- MOORE, K. L.; DALLEY, A. F. **Anatomia orientada para a clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.p. 362-365.
- MOREIRA, E.C.H.; ARRUDA, P. B. de. Força Muscular do Assoalho Pélvico Entre Mulheres Continentes Jovens e Climatéricas. **Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v. 31, n. 1, p. 53-61 jan./jun. 2010.
- MOREIRA, C.D.V.; CHAVES, E.R.C.; REIS, S.M.Y. **Estudo comparativo entre a eletroterapia e cinesioterapia no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico entre mulheres nulíparas e múltíparas**. Belém, 2007.
- MORENO, A. L. **Fisioterapia em uroginecologia**. 2 ed. Barueri: Manole, 2004.
- MOURA, R.V.A.; COSTA, T.P.B. **Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres que apresentam anorgasmia secundária**. Universidade da Amazônia- Unama, Belém, 2006.
- MOURA, J.F.A.L.; MARSAL, A.S. Cinesioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico no período gestacional. **Visão universitária**, v. 3, 2015.p. 186-201.
- Músculos do assoalho pélvico**. Disponível em:<<http://vitalisscenter.blogspot.com.br/2015/05/assoalho-pelvico-o-que-e-qual-sua.html>>. Acesso em: 17 de nov. de 2016.
- NETTER, F. H. **Atlas de Anatomia Humana**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.p.55.
- NOLASCO et al. **Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: Revisão bibliográfica**. Disponível em: <http://www.e-fdeportes.com/efd117/fortalecimento-muscular-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>. Acesso em: 10 de jan. de 2017.

NOLASCO et al. Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino. **Fisio & terapia**, ed.56, mai/jun 2007. Disponível em: [http://www.aquapilates.com.br/arquivos\\_imagem/\\_1303481594.pdf](http://www.aquapilates.com.br/arquivos_imagem/_1303481594.pdf). Acesso em: 24 de set de 2016.

OLIVEIRA, C.; LOPES, M. A. B. **Efeitos da Cinesioterapia no Assoalho Pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em 23 de novembro de 2016.

PECHORRO et. al. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). **Laboratório de Psicologia**. v.7 n.1 p. 33-44, 2009. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/274468711\\_Validacao\\_portuguesa\\_do\\_indice\\_de\\_Funcionamento\\_Sexual\\_Feminino\\_FSFI\\_Portuguese\\_validation\\_of\\_the\\_Female\\_Sexual\\_Function\\_Index\\_FSFI](https://www.researchgate.net/publication/274468711_Validacao_portuguesa_do_indice_de_Funcionamento_Sexual_Feminino_FSFI_Portuguese_validation_of_the_Female_Sexual_Function_Index_FSFI)>. Acesso em: 11 nov. de 2016

POLDEN, M.; MANTLE, J. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Santos,1993, 422p.

PIASSAROLLI, V. P. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, vol. 32, n. 5, p. 234-40, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a06v32n5.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. de 2016.

QUINTAS, V. **Biologia do sexo**. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 2002. 216p.

SAMPAIO, F. J. B.; FAVORITO, L. A.; RODRIGUES, H. C. Anatomia do trato urogenital na mulher. In: BARATA, H. S.; CARVALHAL, G. F. **Urologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 45-50.

SANTOS, V. **Reeducação do Pavimento Pélvico**. 2004. Disponível em: < [http://www. efdeportes.com](http://www.efdeportes.com) >. Acesso em: 10 de dez de 2016,

SELEME, M. Diálogo Profissional sobre uroginecologia. **Fisio & Terapia**, 2002.

SELEME, M.R.; BERTOTTO, A.; RIBEIRO, V.W. Exercícios hipopressivos. In: Palma P. **Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico**. 1 ed. Campinas: Personal link 2009.cap. 3. p. 297-306.

SILVA, A.P.S.; SILVA, J.S. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino sob uma visão anatômica. **Rev. Fisioter Bras**. p.11, 2003.

SILVA, C. R. **Cinesioterapia do Assoalho Pélvico**: Abordagem fisioterapêutica na Incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas. São Paulo: Phorte, 2011.

SOUZA, T.C.L. **Biofeedback**. Disponível em: < <http://thaisuroginecologia.blogspot.com.br/2014/07/o-que-e-biofeedback-eletromiografico.html>>. Acesso em: 05 de jan.de 2017.

SPENCE, A.P. **Anatomia humana básica**. 2 ed. Manole, 1991.p.620-623.

STANDRING, S. **Gray's Anatomia**. 40 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.p. 1083.

TORTORA, G.J.; DERRICKSON, B. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.536-537.

VEIGA, M.L. **Fisioterapia uroginecológica**. Eletroestimulação perineal. Disponível em:<<http://fisioterapia perineal.com.br/anorgasmia/>>. Acesso em 20 de jan. de 2017.