

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE FISIOTERAPIA

RAFAELLA CAROLINE DOS REIS PEREIRA

ANORGASMIA FEMININA: Seus impactos causados nas relações afetivas e
abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento

São Luís

2023

RAFAELLA CAROLINE DOS REIS PEREIRA

ANORGASMIA FEMININA: Seus impactos causados nas relações afetivas e abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima.

São Luís

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Rafaella Caroline dos Reis

Anorgasmia Feminina: seus impactos causados nas relações afetivas e abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento. / Rafaella Caroline dos Reis Pereira. __ São Luís, 2023. 43 f.

Orientador: Profa. Ma. Jacqueline Maria Maranhão.
Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Curso de Fisioterapia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2023.

1. Anorgasmia feminina. 2. Tratamento fisioterapêutico.
3. Disfunção sexual. I. Título.

RAFAELLA CAROLINE DOS REIS PEREIRA

Anorgasmia Feminina: Seus impactos causados nas relações afetivas e abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 02/12/2023

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima (Orientador)

Mestre em Ciências da Motricidade Humana (UCB-RJ, 2010)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Me. Ana Karinne Moraes Cardoso

Mestre em Educação Física (UFMA, 2023)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Esp. Eteldera Cristina Lima Abreu Dominici

Especialista em Terapia Intensiva no Adulto (COFITTO, 2015)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico este trabalho a minha mãe e ao meu pai por me apoiar e ensinar a nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão à minha família pelo apoio incondicional, amor e encorajamento durante toda a minha jornada acadêmica, agradeço as minhas amigas Ana Lais, Giully, Geovana, Kelly, Marcia e Vitoria pelo conhecimento compartilhado, experiência e motivação, principalmente nesta última etapa, Agradeço à minha orientadora/professor(a) Jacqueline Maranhão pela orientação, paciência e valiosas sugestões ao longo deste trabalho

Agradeço ao meu namorado Pedro por sempre ter me incentivando, principalmente nos últimos meses, e por toda a paciência.

E por fim, agradeço a mim mesma, por ter chegado até aqui e por todos os obstáculos enfrentados ao longo do caminho, por manter a motivação quando parecia difícil, e por crescer pessoalmente ao longo de todo o percurso.

“Quem come do fruto do conhecimento é
sempre expulso de algum paraíso”
(Melanie Klein, 1935).

RESUMO

A anorgasmia feminina é uma disfunção sexual caracterizada pela dificuldade persistente ou incapacidade recorrente de atingir o orgasmo, mesmo após estímulo sexual adequado. Esta condição pode manifestar-se de diversas formas, incluindo dificuldade em atingir o orgasmo, atraso na obtenção do clímax sexual ou ausência total de orgasmo, causando significativo desconforto emocional ou psicológico. Este estudo objetiva identificar os principais fatores e causas da anorgasmia feminina e descrever as principais técnicas utilizadas na fisioterapia pélvica no tratamento da anorgasmia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e exploratória, realizada através das bases de dados BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google acadêmico, Portal de periódicos CAPES, integra artigos cujo ano de publicação são de 2013 a 2023, em português, inglês e espanhol. Observou-se que a fisioterapia pélvica proporciona uma melhora significativa na função sexual, demonstrando aumento na frequência e intensidade dos orgasmos, melhora na lubrificação e redução do desconforto durante o sexo. Conclui-se que a fisioterapia pélvica e suas técnicas são eficazes no que se diz respeito ao tratamento da anorgasmia feminina.

Palavras-chave: Anorgasmia Feminina. Tratamento Fisioterapêutico. Disfunção Sexual.

ABSTRACT

Female anorgasmia is a sexual dysfunction characterized by persistent difficulty or recurring incapacity to achieve orgasm, even after adequate sexual stimulation. This condition can manifest in various forms, including difficulty in reaching orgasm, delayed climax attainment, or complete absence of orgasm, causing significant emotional or psychological discomfort. This study aims to identify the main factors and causes of female anorgasmia and describe the primary techniques used in pelvic physiotherapy for its treatment. It is an integrative, qualitative, and exploratory literature review conducted through databases such as BVS (Virtual Health Library), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, CAPES Periodicals Portal, encompassing articles published from 2013 to 2023 in Portuguese, English, and Spanish. It was observed that pelvic physiotherapy significantly improves sexual function, demonstrating an increase in orgasm frequency and intensity, improved lubrication, and reduced discomfort during intercourse. It is concluded that pelvic physiotherapy and its techniques are effective in the treatment of female anorgasmia.

Keywords: Female anorgasmia. Physiotherapy treatment. Sexual Dysfunction.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura anatômica do órgão feminino externo.....	15
Figura 2 – Representação óssea da pelve feminina.....	16
Figura 3 – Músculos do Assolho Pélvico Feminino.....	17
Figura 4 – Fluxograma do processo de seleção de amostra.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala modificada de Oxford.....	24
Quadro 2 – Valores da Perineometria.....	24
Quadro 3 – Classificação da força através dos cones vaginais.....	25
Quadro 4 – Descrição dos estudos selecionados para a revisão.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Assoalho Pélvico
BVL	Biblioteca Virtual de Saúde
DS	Disfunções Sexuais
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
MAP	Músculos do Assoalho Pélvico
TMAP	Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico
OMS	Organização Mundial da Saúde
QSF	Quociente Sexual Feminina
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
UNDB	Unidade de Ensino Superior Dom Bosco
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Anatomia do assoalho pélvico	15
2.2 Ciclo da resposta sexual feminina	18
2.3 Anorgasmia Feminina: definição e tipos	19
2.4 Epidemiologia da anorgasmia e seus impactos nas relações afetiva	21
2.5 Avaliação Fisioterapêutica	23
2.6 Técnicas da Fisioterapia Pélvica	25
3 OBJETIVOS	29
3.1 Geral.....	29
3.2 Específicos.....	29
4 METODOLOGIA	29
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7 REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A - Artigo	44

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade tem uma importância vital na vida humana, pois está relacionada com o bem-estar físico e psicológico, a autoestima e a qualidade de vida. Quando a sexualidade é vivida de forma satisfatória, saudável e consensual, pode trazer inúmeros benefícios para a saúde física e mental, como redução do estresse, melhora da autoestima, melhora do sono e aumento da sensação de bem-estar. Em contrapartida, quando a sexualidade é vivida de forma reprimida, inadequada ou traumática, pode gerar problemas emocionais, disfunções sexuais, transtornos psicológicos e até mesmo doenças físicas (Moreira, 2017).

Embora a sexualidade seja um tema importante e positivo, é preocupante constatar que um número significativo de mulheres, cerca de 40 a 45%, apresenta problemas relacionados à disfunção sexual. Especificamente, a disfunção de excitação e anorgasmia afetam cerca de 30% dessas mulheres (Junqueira, 2008). Esse dado chama atenção e incentiva a busca por estudos que investiguem intervenções terapêuticas capazes de auxiliar e resolver essa disfunção que afeta significativamente a vida de muitas mulheres.

Segundo a literatura, as disfunções sexuais referem-se à dificuldade persistente e recorrente de um indivíduo alcançar e concluir uma ou mais fases da resposta física sexual, o que pode causar aflição e atrito pessoal. O conceito é baseado na resposta sexual fisiológica descrita por Masters e Johnson (1975) e Kaplan (1979), que inicialmente seguiram o modelo masculino com as fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução.

A classificação tradicional das fases da resposta sexual feminina, baseada no modelo masculino de Masters e Johnson e de Kaplan, tornou-se ultrapassada quando Rosemary Basson (2001) propôs um modelo circular de resposta sexual, onde o desejo sexual pode ser menos relevante para o início da relação sexual. Segundo Basson (2001) pode-se iniciar uma relação sexual a partir do estado de neutralidade sexual, desde que haja vontade de que essa condição se modifique, ao permitir que o estímulo sexual desencadeie a excitação e por consequência o desejo. Além disso, dentro da normalidade, a resposta sexual da mulher pode apresentar alterações na ordem das fases, com possibilidade de uma superposição das mesmas.

Conseqüentemente, as disfunções sexuais (DS) são classificadas de acordo com a incapacidade de responder em uma ou mais fases correspondentes do ciclo da resposta sexual (Basson et al., 2001). Dessa maneira, dentre as diversas disfunções sexuais o foco desta revisão integrativa é discutir acerca da disfunção orgásmica, a anorgasmia, sendo caracterizada pela persistente ausência ou atraso do orgasmo, mesmo após uma fase normal de excitação, ou pela diminuição significativa da sua intensidade (Baracho, 2018).

A investigação da disfunção orgásmica é de grande importância, pois a falta de conhecimento sobre ela pode interferir negativamente no estado psicológico e familiar das mulheres afetadas, a vista disso, expõe-se a seguinte questão: Qual o impacto causado pela anorgasmia feminina nas relações afetivas e as abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento?

Embora a fisioterapia pélvica ofereça benefícios tanto para a equipe multidisciplinar quanto para as pacientes, a quantidade de literatura disponível sobre o assunto ainda é limitada. Neste contexto, esta revisão integrativa possui o objetivo de enriquecer o conhecimento sobre essa disfunção e facilitar a compreensão dos profissionais de saúde e demais interessados no tema, assim como evidenciar a importância da fisioterapia pélvica e do fisioterapeuta no tratamento desta disfunção sexual.

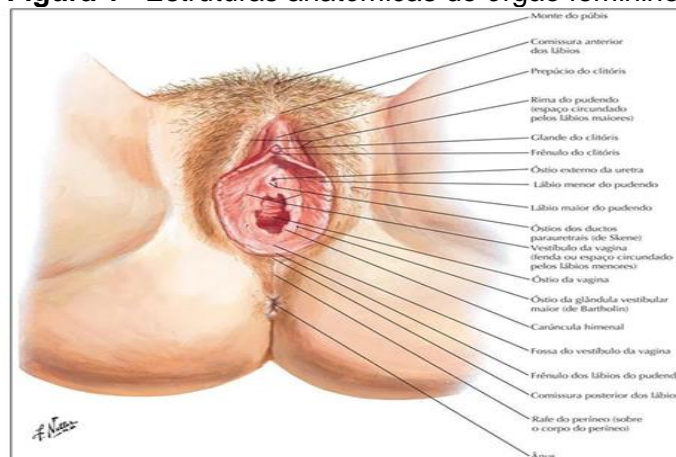
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e exploratória, realizada por meio de uma busca científica a estudos científicos que falam sobre Fisioterapia pélvica no tratamento da anorgasmia feminina e seus impactos nas relações afetivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia do assoalho pélvico

Os órgãos genitais femininos humanos podem ser classificados em duas categorias: órgãos intrínsecos e extrínsecos. Os órgãos intrínsecos compõem a parte interna e incluem os ovários, as tubas uterinas (ou trompas de Falópio), o útero e a vagina. A parte externa, por sua vez, é formada pela vulva ou pudendo, que abrange o monte púbico, os grandes e pequenos lábios, o vestíbulo e órgãos responsáveis por sensações sexuais, como o clitóris e os bulbos vestibulares (ver Figura 1) (Bernardes, 2011).

Figura 1– Estruturas anatômicas do órgão feminino externo.



Fonte: Netter, 2019.

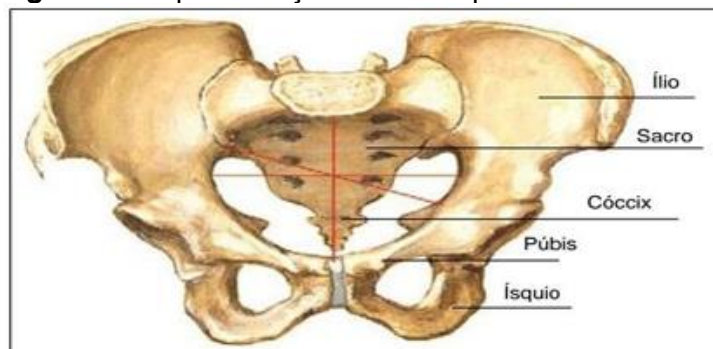
Os órgãos reprodutores femininos externos são a parte visível da anatomia da pelve e incluem uma série de estruturas importantes. O púbis, também conhecido como monte púbico, é uma protuberância arredondada situada acima da sínfise púbica e é coberto por pêlos dispostos em forma de triângulo invertido. Sua função principal é proteger a região genital anterior e restringir o movimento da uretra (Bernardes, 2011e Zorzzi, 2021).

Nos pequenos lábios localizam-se os vestíbulo, que são a entrada para a vagina, e abrigam as glândulas vestibulares maiores, responsáveis por produzir muco durante a excitação sexual. Nos grandes lábios labiais, encontram-se os bulbos do vestíbulo e massas de tecido erétil que se enchem durante a relação sexual (Santos, 2021).

O clitóris, por sua vez, é um órgão erétil, de formato arredondado e relativamente pequeno (com dois a três centímetros de comprimento). Ele desempenha um papel fundamental na sensação do prazer feminino e é altamente sensível à estimulação tátil. Localizado na porção apical do vestibulo, anteriormente à vagina, o clitóris é rico em terminações nervosas, tornando-o uma parte essencial da resposta sexual feminina (Luz, 2009 e Levin, 2020).

Todas essas estruturas são protegidas pela pelve, que tem a função de sustentar e proteger os órgãos reprodutores femininos. A pelve é composta por ossos, ligamentos e os músculos do assoalho pélvico. Ela é formada por quatro ossos: dois ossos do quadril anterior e lateralmente, além do sacro e cóccix na parte posterior. Essas estruturas se unem na sínfise púbica e na articulação sacroilíaca. A pelve feminina possui uma base maior, onde estão localizadas as vísceras abdominais, e uma porção menor, fechada pelo pavimento pélvico, que abriga a bexiga, a vagina e o reto (ver Figura 2), (Stephenson et al., 2004).

Figura 2– Representação óssea da pelve feminina



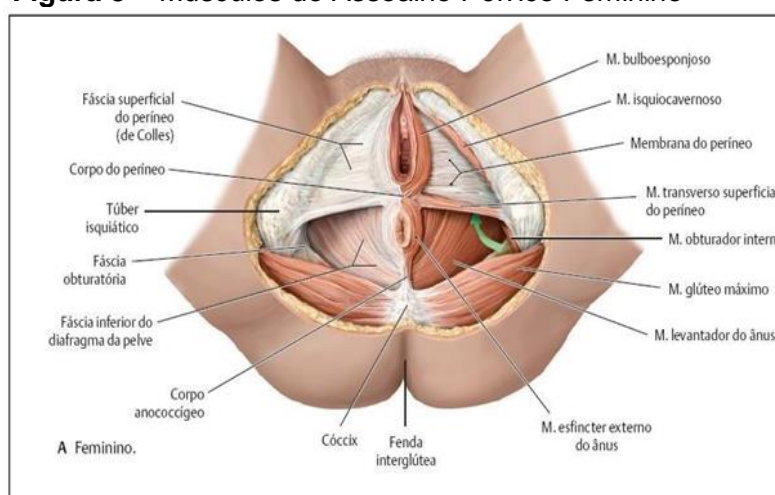
Fonte: Silva (2012).

O assoalho pélvico é uma estrutura complexa composta por músculos, fáscias e ligamentos que se encontra na região pélvica da mulher. Essa musculatura, conhecida como musculatura do assoalho pélvico (MAP), desempenha um papel fundamental ao oferecer um suporte elástico para a região pélvica e abdominal, atuando como um verdadeiro "assoalho" que sustenta os órgãos localizados nessa área, prevenindo prolapsos (Silva, 2003).

A musculatura da pelve feminina pode ser dividida em quatro partes distintas, a primeira parte é chamada de diafragma pélvico, e é aqui que se encontram os músculos levantadores do ânus e o coccígeo. O músculo coccígeo origina-se na espinha isquiática e se insere no cóccix lateral, enquanto o músculo levantador do ânus apresenta várias subdivisões, incluindo o pubovaginal, puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, que se mesclam com a vagina e compõem a outra porção do levantador do ânus (Stephenson et al., 2004).

A segunda parte, conhecida como diafragma urogenital, inclui o músculo transverso profundo do períneo, que forma uma segunda camada muscular sob a primeira, oferecendo suporte aos orifícios da uretra e da vagina. A terceira divisão, também denominada triângulo urogenital, representa a porção anterior do períneo, subdividindo-se em camadas superficial e profunda. A camada superficial é composta por uma membrana de fásia e músculos, enquanto a camada profunda abriga a uretra e o interior da vagina, por fim, a última porção é o triângulo anal. Essa complexa rede de músculos e estruturas é essencial para o suporte e a função adequada dos órgãos pélvicos femininos (Sthephenson et al., 2004)

Figura 3 – Músculos do Assoalho Pélvico Feminino



Fonte: Anne M. Gilroy (2017).

A pelve é inervada pelos nervos sacrais e coccígeos, além do componente pélvico do sistema nervoso autônomo. Os principais nervos do plexo sacral incluem o isquiático, o maior e mais largo nervo do corpo, e o nervo pudendo, responsável pela inervação do períneo e dos órgãos genitais externos (Bernardes, 2003).

Em termos de vascularização, a artéria pudenda interna e seus ramos desempenham um papel significativo no suprimento sanguíneo do períneo. Esta região representa um conjunto de estruturas moles que fecham a pelve e mantêm as vísceras em posição vertical (Braz, 2004).

Considerando a relevância dos músculos do assoalho pélvico, como o levantador do ânus e os músculos perineais, para a resposta sexual, destaca-se o papel do bulbo cavernoso, que faz parte da musculatura perineal. Quando esses músculos se contraem, desempenham um papel crucial na excitação e no orgasmo. O levantador do ânus também influencia a resposta motora do orgasmo, e uma

baixa pressão exercida por esses músculos pode afetar negativamente o funcionamento correto para uma resposta sexual satisfatória (Carvalho, 2014).

A origem da anorgasmia está intimamente relacionada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, podendo estar associada ao ganho de peso ou simplesmente à falta de consciência da contração desses músculos. Isso ocorre porque os músculos bulboesponjosos e isquiocavernosos, que fazem parte do corpo cavernoso do clitóris e desempenham um papel crucial no mecanismo de ereção durante a atividade sexual, contraem-se, puxando o clitóris para baixo e comprimindo suas veias de drenagem, facilitando a ereção. No entanto, quando esses músculos enfraquecem, essa ação se torna ineficaz (Sousa et al., 2022).

Muitas mulheres desconhecem a existência e a localização dos músculos do assoalho pélvico, o que pode contribuir para o desenvolvimento de disfunções sexuais femininas. É fundamental aumentar a conscientização sobre essa musculatura, fornecendo informações sobre a importância da contração adequada e da compreensão de sua fisiologia. O estado funcional dos músculos na região pélvica desempenha um papel significativo na função sexual, e a tensão inadequada desses músculos pode estar relacionada ao surgimento de condições como dispareunia, vulvodínia e dificuldade em atingir o orgasmo. A hipotonia e a fraqueza muscular podem contribuir para a incapacidade orgástica, enquanto a diminuição da musculatura perivaginal pode afetar a experiência do orgasmo (Haddad et al., 2010 e Ribeiro et al., 2012).

2.2 Ciclo da resposta sexual feminina

Uma relação sexual satisfatória é influenciada por uma série complexa de eventos hormonais e fisiológicos que podem ser significativamente afetados por intensas ou prolongadas excitações emocionais (Marques, Chedid e Eizerik, 2012).

O conceito de resposta sexual fisiológica descrita por Masters e Johnson (1970), seguiu o modelo masculino se dividindo em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução.

a) Excitação: Envolve estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato sexual. No caso das mulheres, manifesta-se através da lubrificação vaginal, e nos homens, pela ereção peniana. Essa fase é caracterizada por dois fenômenos:

vasoconstrição (aumento do fluxo sanguíneo na área) e miotonia (contração muscular), levando à formação da chamada "plataforma orgástica".

b) Platô: Fase de excitação contínua que pode durar de 3 segundos a vários minutos.

c) Orgasmo: É descrita com uma explosão de prazer intenso, nos homens é frequentemente acompanhada da ejaculação peniana, sendo o ponto máximo da resposta sexual, caracterizada por contrações rítmicas da plataforma orgástica, e miotomia da região pélvica.

d) Resolução: Resolução ou detumescência, fase após orgasmo onde ocorre o relaxamento e bem-estar que pode durar de minutos a horas, nos homens isso caracterizasse como um período refratário em que o organismo precisa “descansar” e não responde a estímulos adicionais.

A fase de desejo ou apetência, descrita por Kaplan (1977), está associada a vontade de iniciar uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial como audição, visão, olfato, além de memórias ou experiências eróticas e de fantasias. Esse novo modelo conceituava o ciclo de resposta sexual como composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Em 2002, a psiquiatra canadense Rosemarie Basson introduziu o conceito do "Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina". Nesse modelo, especialmente em relacionamentos de longo prazo, a mulher não necessariamente inicia a relação sexual com um desejo sexual intenso. Em vez disso, ela pode começar a partir de um estado de "neutralidade sexual" e, com estímulos do parceiro, gradualmente entrar em um estado de excitação crescente. Isso pode ser motivado pela intimidade compartilhada, pelo fortalecimento do vínculo afetivo ou por razões não diretamente ligadas ao desejo sexual (Basson, 2002). O desejo, de acordo com esse modelo, se desenvolve posteriormente como uma consequência da excitação e não necessariamente como a causa inicial do ato sexual.

Conforme mencionado pelos autores anteriormente, quando uma mulher se encontra em uma situação excitante, isso pode desencadear o surgimento do desejo sexual, manifestando-se através de apetite, libido e apetência. Esse processo pode se prolongar e ser extremamente satisfatório, culminando em uma crescente excitação sexual. A medida que esse fenômeno é estendido, ele pode eventualmente resultar em uma resposta orgástica (Dias et al., 2014).

Esse modelo enfatiza a importância da resposta e receptividade das mulheres, sugerindo que, para muitas delas, o desejo de intimidade desempenha um papel crucial no ciclo de resposta sexual, em vez de ser apenas um impulso biológico inicial (Luria, Celnikier e Zombado, 2004).

2.3 Anorgasmia Feminina: Definição e tipos

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, as disfunções sexuais são categorizadas da seguinte forma: dor gênito-pélvica/distúrbio de penetração (dor sexual), que inclui dor na vulva, desconforto profundo durante a penetração ou tensão nos músculos pélvicos; interesse sexual feminino/distúrbio da excitação (baixo desejo e excitação reduzida), caracterizado pela falta ou diminuição de fantasias sexuais, bem como desejo por atividades sexuais que causem sofrimento, e uma redução na lubrificação vaginal e na sensação de calor genital associada ao fluxo sanguíneo; e distúrbio orgásmico feminino (disfunção orgásmica), que envolve orgasmos atrasados ou inexistentes (Krakowsky e Grober, 2018).

A anorgasmia feminina é quando uma mulher tem dificuldade ou é incapaz de atingir o orgasmo, mesmo após passar por todas as etapas normais de excitação sexual, no entanto, não é apenas a falta de orgasmo que define essa disfunção. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para considerá-la uma disfunção sexual, é necessário avaliar como isso afeta a experiência sexual pessoal da pessoa. Em outras palavras, o importante não é apenas a ausência de orgasmo, mas o impacto emocional que isso causa, como frustração e desconforto. Essa queixa é comum em consultas ginecológicas e pode incluir sensações orgásmicas reduzidas e atrasos significativos no orgasmo (Ribeiro et al., 2016 e Garcia, 2020)

De acordo com Vitiello (1997, p. 142), a resposta sexual humana pode ser melhor compreendida considerando seus três principais determinantes: os aspectos orgânicos, sociais e psicológicos. Do ponto de vista orgânico, quando a resposta sexual desempenha satisfatoriamente sua função biológica, podemos considerá-la como uma função sexual saudável. No entanto, quando essa função não ocorre de maneira adequada, estamos diante de disfunções sexuais. Essas disfunções podem se manifestar de várias maneiras, como dificuldades na obtenção de uma ereção

peniana, conhecida como impotência ou disfunção erétil, e também no que diz respeito à dificuldade em alcançar o orgasmo feminino que foi chamada de frigidez, nome dado por Freud no início do século XX para descrever a mulher “fria” ou “frigida”, e agora é conhecida como anorgasmia.

A anorgasmia, em particular, refere-se à inibição do orgasmo feminino após a excitação sexual. Isso pode estar relacionado a uma variedade de fatores, tanto psicológicos quanto biológicos. Entre os fatores psicológicos, incluem-se questões como falta de intimidade com o próprio corpo e com o parceiro, influências religiosas, mitos e tabus, falta de informação, insegurança, medo de gravidez, experiências traumáticas e baixa autoestima (Moura, 2007).

Por outro lado, fatores orgânicos também podem desempenhar um papel importante, como problemas de tireoide, circulação sanguínea, condições cardíacas, obesidade, diabetes e o uso excessivo de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas. Essas condições podem afetar negativamente o processo de excitação sexual e, conseqüentemente, a capacidade de atingir o orgasmo (Moura, 2007).

Há mulheres que mesmo após anos de relacionamento e relações sexuais “normais” nunca experimentaram “o prazer do orgasmo”, estas são classificadas com anorgasmia primária; se elas algumas vez tiveram orgasmo e posteriormente deixaram de tê-los de forma sistemática, possuem anorgasmia secundária. (Pavanelo, 2021). Podendo apresenta-se de duas formas principais: absoluta ou generalizada, onde algumas mulheres são completamente incapazes de atingir o orgasmo em qualquer situação, e a situacional, em que as mulheres conseguem atingir o orgasmo apenas em circunstâncias específicas ou com parceiros específicos, muitas vezes relacionadas a fatores emocionais (Dias, 2015).

2.4 Epidemiologia da anorgasmia e seus impactos nas relações afetivas

As Disfunções sexuais são problemas que afetam a capacidade de uma pessoa desfrutar de relacionamentos sexuais satisfatórios (Abdo, 2009). Essas disfunções têm causas multifatoriais e são influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, interpessoais, uso de substâncias, medicamentos e comorbidades associadas (Lucena e Abdo, 2015).

Alguns exemplos desses fatores incluem falta de atração pelo parceiro, educação rígida, lesões físicas, abuso sexual na infância, estimulação inadequada

de zonas erógenas, dor durante o sexo, problemas de relacionamento, idade, nível de escolaridade e medo de gravidez indesejada (Cerejo, 2006). Esses diversos fatores podem causar angústia emocional e dificuldades nos relacionamentos.

As principais disfunções sexuais femininas englobam o vaginismo, que se caracteriza por uma alteração no relaxamento da musculatura vaginal, a dispareunia, que causa dor durante a relação sexual, a anorgasmia, marcada pela ausência de orgasmo, e o desejo sexual hipoativo, que representa uma completa falta de interesse pelo sexo. Estudos apontam que no contexto das mulheres brasileiras, a prevalência é de 36% para disfunção do desejo, 35% para disfunção orgásmica e 29% para dispareunia (Delgado et al., 2015).

Segundo Rodrigues (2001), três em cada cinco mulheres relatam dificuldades ou a ausência de orgasmo ao procurar ajuda de um especialista em sexualidade. A anorgasmia é a disfunção sexual mais comum entre as mulheres, mesmo quando possuem interesse sexual e experienciam todas as outras respostas sexuais de maneira satisfatória. Hoje em dia, há uma grande pressão sobre as mulheres para alcançarem o orgasmo, o que pode levar a níveis de ansiedade capazes de inibir ou reprimir a função sexual (Anjos, 2007).

No entanto, é relevante destacar que somente uma minoria, abrangendo de 11% a 30% das mulheres com disfunções sexuais, procura auxílio de um profissional, principalmente devido à relutância em compartilhar suas queixas de insatisfação sexual (Cerejo, 2006).

O momento da relação sexual é um instante de grande intimidade e exposição, onde ambas as partes se encontram frequentemente despidas. Para que a experiência seja satisfatória, é necessário um mínimo de segurança, que nem sempre está presente nos relacionamentos. Em muitos casos, uma pessoa pode acabar se submetendo a uma relação que, emocionalmente, não faz sentido para ela naquele momento (Pinheiro, 2006).

Júnior (2001) descreve que mulheres que enfrentam essa condição veem o ato sexual como um fardo, suportando-o apenas para manter o relacionamento. Algumas chegam ao ponto de rejeitar qualquer contato sexual que considerem desagradável ou aterrorizante, evitando-o a todo custo.

A falta de compreensão e aceitação por parte do parceiro em relação ao distúrbio sexual tem um impacto negativo nos resultados do tratamento. A relutância

do parceiro em buscar ajuda pode ser interpretada pela mulher como uma redução da sua atratividade e como um sinal de desinteresse amoroso (Lara et al., 2008).

A expressão "falta de orgasmo feminino" representa uma combinação de frustração, baixa autoestima e conformidade. Muitas mulheres vivem suas vidas sem ao menos tentar buscar prazer sexual, mantidas em cativeiro por influências culturais e religiosas rígidas, muitas vezes devido à falta de orientação e educação sexual. Isso é frequentemente refletido na ideia de que "sexo é coisa de homens!". Conseqüentemente, elas reprimem seus desejos, evitando a ansiedade associada a quebrar as barreiras impostas por uma educação repressora. Além disso, a hostilidade em relação ao parceiro, o medo de perder o controle, a falta generalizada de desejo, a dor durante a relação sexual e a falta de habilidade do parceiro são algumas das causas comuns deste transtorno sexual (Parisotto, 2006)

Para quantificar e definir padrões em relação ao que é considerado normal ou anormal, bem como estandardizar o que é pouco comum no contexto da psicopatologia sexual, é necessário um profundo entendimento da sexualidade feminina. Isso implica em uma análise que abrange perspectivas históricas, antropológicas, sociais, biológicas, culturais, psicológicas e, especialmente, religiosas, devido ao significativo controle que as normas sociais exercem sobre os limites da sexualidade. Ao considerar as restrições impostas por códigos sexuais religiosos, muitas práticas sexuais naturais, como masturbação, sexo por prazer, contato buco-genital, entre outras, são desaprovadas e até mesmo criminalizadas. Essa repressão da sexualidade resulta em sentimentos de vergonha, censura e proibição (Sena, 2007).

2.5 Avaliação Fisioterapêutica

A fisioterapia desempenha um papel significativo na abordagem da anorgasmia feminina relacionada à fraqueza do assoalho pélvico. Isso envolve aprimorar a consciência corporal da paciente, ajudando-a a compreender como contrair voluntariamente esses músculos. Além disso, a fisioterapia trabalha no fortalecimento desses músculos, aliviando eventuais dores e desconfortos, o que, por sua vez, contribui para uma melhora na atividade sexual e promove uma vida sexual mais satisfatória (Trindade e Luzes, 2017).

Outro instrumento valioso para a avaliação é o Questionário do Quociente Sexual Feminino (QS-F), composto por dez perguntas que abrangem os últimos seis meses da vida sexual da mulher. Este questionário aborda aspectos como pensamentos espontâneos sobre sexo, interesse sexual, a influência das preliminares na excitação, lubrificação adequada, presença de dor durante o sexo vaginal, distrações durante o ato sexual e a capacidade de atingir o orgasmo durante as relações sexuais. A pontuação total é obtida somando-se as respostas às dez questões e multiplicando o resultado por dois, resultando em um índice que varia de 0 a 100 pontos (Abdo, 2009).

Além disso, a entrevista abrangerá informações pessoais, como nome, idade, endereço, estado afetivo e conjugal da paciente, bem como crenças e conhecimentos sobre sexualidade, percepção da capacidade sexual e o nível de dificuldades sexuais experimentadas. A entrevista também explorará o início das relações sexuais, a presença de doenças e queixas relacionadas, bem como aspectos anatômicos e funcionais (Moreno, 2009).

A avaliação física ou inspeção tem como objetivo examinar a musculatura do assoalho pélvico, observando sua aparência, força muscular e reflexos neurológicos para determinar sua funcionalidade. Esse exame é conduzido por meio de toque vaginal ou bi-digital, envolvendo a introdução de dois dedos na vagina com a utilização de lubrificante. Durante o procedimento, a paciente é solicitada a contrair os músculos pélvicos por um período definido. A intensidade da contração é avaliada utilizando a escala de Oxford modificada, cuja pontuação varia de 0 a 5 pontos (Riesco et al., 2010).

Quadro 1: Escala modificada de Oxford

Grau	Resposta muscular
0	Ausência de função muscular
1	Esboço de contração não sustentada
2	Contração sustentada fraca
3	Contração moderada, movimento positivo em direção cranial e compressão dos dedos do examinador
4	Contração boa, movimento positivo em direção a sínfise púbica e compressão dos dedos do examinador
5	Contração forte, movimento positivo em direção a sínfise púbica com compressão firme dos dedos do examinador

Fonte: Silva (2020).

Dois métodos são empregados para avaliar e medir a força da musculatura do períneo. Um deles é a palpação digital, enquanto o outro é a perineometria. Na perineometria, utiliza-se um dispositivo chamado perineômetro, que registra as contrações dos músculos por meio de um cateter balão posicionado a 3,5 cm dentro do canal vaginal. Esses registros são traduzidos em padrões visuais representados por uma escala numérica que varia de 0 a 46,4 (Magno et al., 2011; De La Hoz, 2015).

Quadro 2: Valores da perineometria.

Grau	Escore (mmHg)	Descrição
0	0	Ausência de registro de contração
1	1,6 a 16,0	Contração leve
2	17,6 a 32,0	Contração moderada, não sustentada por 6 segundos
3	33,6 a 46,4	Contração normal, sustentada por 6 segundos

Fonte: Magno et al., (2011).

Os cones vaginais, utilizados tanto no tratamento de disfunções sexuais quanto na avaliação do assoalho pélvico, desempenham um papel crucial. Quando inseridos no canal vaginal, eles oferecem um feedback tátil e cenestésico, induzindo reflexivamente a contração do assoalho pélvico na tentativa de mantê-los no lugar. A avaliação ocorre começando com o cone mais leve, e a paciente é exposta a uma série progressiva de cones mais pesados. Se um cone permanecer no lugar, ele é substituído por um mais pesado, e esse processo continua até que um cone seja expelido devido aos esforços (Vasconcelos et al., 2013).

Quadro 3: Classificação da força através dos cones vaginais.

Índice	Significância
0	O peso n° 1 (25 g) cai
1	O peso n° 1 é mantido e o peso n° 2 (35 g) cai
2	O peso n° 2 é mantido e o peso n° 3 (45 g) cai
3	O peso n° 3 é mantido e o n° 4 (55 g) cai
4	O peso n° 4 é mantido e o n° 5 (65 g) cai
5	O peso n° 5 é mantido

Fonte: Vasconcelos et al., (2013)

Este método de avaliação da força do assoalho pélvico concentra-se principalmente nas fibras do tipo I, que são responsáveis pela contração lenta. Os

cones vaginais atuam como um meio eficaz de feedback sensorial, sendo uma abordagem prática e economicamente acessível (Nascimento, 2009).

2.6 Técnicas da Fisioterapia Pélvica

Segundo Trindade (2017), a fisioterapia desempenha um papel na abordagem da anorgasmia feminina relacionada à fraqueza do assoalho pélvico. Inicialmente, seu enfoque concentra-se na melhora da consciência corporal, instruindo sobre a contração e existência da musculatura do assoalho pélvico, além de promover o fortalecimento dessa musculatura.

A fisioterapia dispõe de uma variedade de recursos não invasivos e economicamente acessíveis para abordar a anorgasmia, com potencial para reduzir e até mesmo resolver essa disfunção. Entre esses recursos, destaca-se a cinesioterapia, também conhecida como treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) ou exercícios de Kegel. Essa abordagem visa fortalecer os músculos do assoalho pélvico, incluindo o bulboesponjoso e o isquiocavernoso, que desempenham um papel fundamental na resposta motora da excitação e do orgasmo. Ao promover o aumento da vascularização nessa região, esses exercícios podem ser eficazes no tratamento da anorgasmia (Sousa, et al., 2020)

Os exercícios de Kegel, desenvolvidos pelo doutor Arnold Kegel nos Estados Unidos na década de 40, representaram uma inovação na promoção do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (Ferreira, 2014). Esses exercícios envolvem contrações sustentadas de seis segundos, com séries de dez repetições e intervalos de 30 segundos entre elas. Além disso, podem ser realizados em diferentes posições, como decúbito dorsal, posição ortostática, sentada, cócoras e de quatro apoios (Ramos; Oliveira, 2015). Eles também podem ser complementados por outras modalidades de cinesioterapia, como exercícios de ponte, mobilidade pélvica na bola suíça e cadeia cinética fechada (Almeida, 2017).

A prática desses exercícios contribui para o aumento da propriocepção e da atividade fisiológica da musculatura perineal, melhorando sua função e coordenação, o que pode resultar em uma maior capacidade de alcançar o orgasmo (Delgado et al., 2015).

Em 1948, o Dr. Kegel introduziu o Biofeedback como uma ferramenta na reabilitação do assoalho pélvico. Este método visa reeducar a musculatura pélvica

através da colocação de eletrodos tanto na musculatura do assoalho pélvico quanto em músculos sinergistas, como o glúteo máximo, adutores e abdominais. O Biofeedback exerce um efeito modulatório sobre o sistema nervoso central, permitindo que o fisioterapeuta oriente a contração dos músculos do assoalho pélvico, excluindo os músculos sinergistas. Seu objetivo principal é capacitar a paciente a aprimorar sua percepção e controle voluntário sobre esses músculos. Dessa forma, ele desempenha um papel crucial na garantia da aquisição eficaz, precisa e segura da participação da paciente durante o protocolo de reeducação (Delgado et al., 2015)

Essa abordagem terapêutica é conduzida com a paciente deitada de costas, com as pernas dobradas e afastadas. Uma sonda inflável é gentilmente inserida na vagina e então inflada. O terapeuta instrui a paciente a realizar contrações da musculatura pélvica, cuja atividade é visualizada em um visor. Através de estímulos visuais, táteis e auditivos, a paciente aprimora sua consciência e capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (Fitz et al., 2012). À medida que a paciente desenvolve essa percepção dos músculos do assoalho pélvico, ela gradualmente ganha força nos músculos agonistas e antagonistas e melhora sua capacidade de controle voluntário sobre essa musculatura (Silva, 2014).

De acordo com Horvath (2013), o Gyrokinesis é uma das técnicas que compõem o método Gyrotonic. Ele envolve uma série de exercícios que se concentram em movimentos circulares e articulares, integrados com os movimentos naturais da coluna vertebral. Esses movimentos são ritmados pela respiração e controlados pela ativação dos músculos do assoalho pélvico e abdominais profundos. Esta abordagem tem o potencial de aumentar a consciência corporal nas mulheres, ao mesmo tempo em que fortalece a musculatura pélvica. Os estímulos neuromusculares provenientes desses exercícios específicos podem contribuir para o aumento da libido, vitalidade e qualidade de vida

Em relação aos efeitos pretendidos pelo método Gyrokinesis e seus princípios fundamentais, Davis explica que Horvath desenvolveu um sistema que abrange todo o corpo, dispensando a necessidade de equipamentos, e estimula os órgãos internos por meio de movimentos fluidos e suaves que envolvem várias articulações e grupos musculares. Esses movimentos incorporam os princípios essenciais encontrados em práticas como ioga, tai chi, natação, dança e ginástica. A

técnica tem sido adotada por uma variedade de pessoas, incluindo dançarinos, atletas, idosos e crianças (Davis, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever as principais técnicas da fisioterapia pélvica no tratamento da anorgasmia, e seus impactos causados na vida da mulher.

3.2 Específicos

- a) Identificar os principais fatores de risco e causas da anorgasmia feminina.
- b) Elencar os resultados descritos na literatura sobre a efetividade dos recursos fisioterapêuticos utilizados na disfunção sexual da anorgasmia feminina.
- c) Investigar os impactos da fraqueza do assoalho pélvico para o desenvolvimento da anorgasmia.

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e exploratória, realizada através da busca por estudos científicos extraídos das bases de dados eletrônicos BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google acadêmico, Portal de periódicos CAPES. Este artigo contempla artigos cujo anos de publicação são de 2013 a 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol, estudos de revisão sistemática, livros, estudos clínicos randomizados, dissertações de mestrados, teses de doutorados, estudos piloto, e artigos gratuitos estudos que possuíam como sua temática central fisioterapia e anorgasmia feminina foram adicionados, e estudos que relatam a eficácia da fisioterapia pélvica. Os descritores utilizados foram “Anorgasmia Feminina” “Tratamento Fisioterapêutico” “Disfunção Sexual” e inglês “*Sexual Dysfunction*” “AND “*Physiotherapy*”.

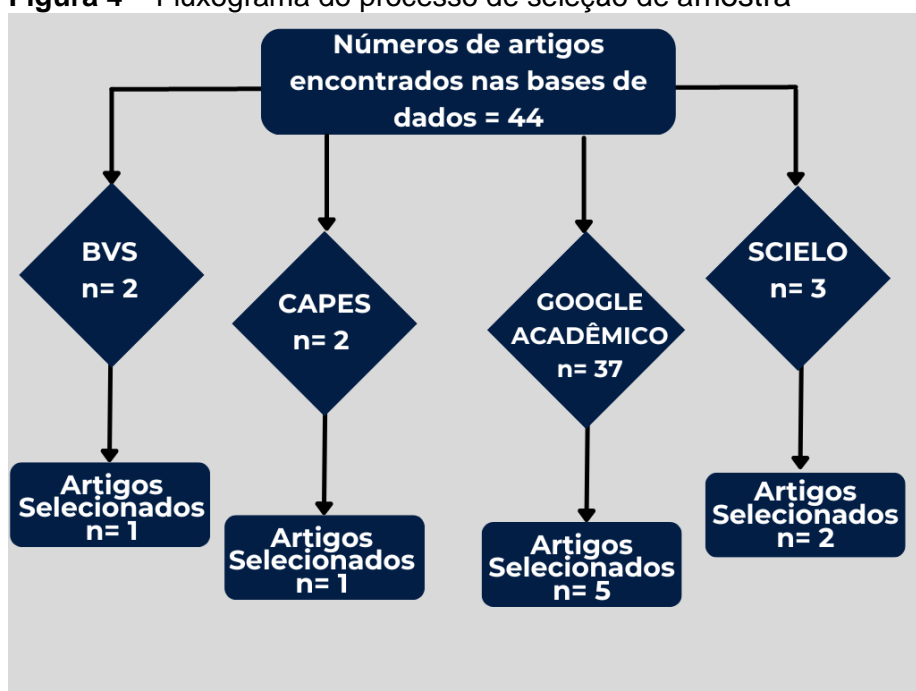
Como critérios excludentes incluem estudos que não tenham foco central na fisioterapia e anorgasmia feminina, estudos que não envolvam a anorgasmia em mulheres e estudos que relatam a eficácia de outros tratamentos menos da fisioterapia pélvica, e materiais que não contemplem o período supracitado.

Iniciou-se a análise de dados a partir da busca pelas respostas do problema da pesquisa, como afeta nas relações e a busca pelos benefícios que a fisioterapia pode oferecer quanto aos benefícios a longo prazo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se uma pesquisa nas principais bases de dados eletrônicas acerca dos artigos que contemplavam um tratamento fisioterapêutico para a anorgasmia, sendo encontrados 44 artigos. Destes, 37 artigos no Google acadêmico, 2 artigos na base de periódicos da CAPES, 2 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 3 no Scielo. Após análise foram excluídos 35 artigos por não contemplarem os mesmos objetivos deste estudo, artigos duplicados e estudos com mais de 5 anos de publicação, assim como demonstra o fluxograma abaixo.

Figura 4 – Fluxograma do processo de seleção de amostra



Fonte: Próprio Autor (2023).

Posteriormente realizou-se a leitura de títulos e resumos, como também os critérios de inclusão e exclusão. Nesta fase foram contemplados 9 estudos que respondiam a pergunta norteadora e os respectivos objetivos do presente trabalho, as etapas de seleção estão descritas no quadro abaixo.

Quadro 4 – Descrição dos estudos selecionados para a revisão.

Autor/ Ano	Título	Objetivo	Metodologia	Principais Resultados
Batista et al 2017	Força e coordenação motora da musculatura do	Analisar a influência da força sobre a função sexual feminina.	Foi realizado um estudo transversal com 26 mulheres entre 18 e 35 anos,	Dentre as mulheres que apresentavam algum tipo de disfunção sexual,

	<p>assoalho pélvico e a função sexual feminina</p>		<p>sexualmente ativas. Foram avaliadas variáveis como força da musculatura do assoalho pélvico, função sexual, desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, dor durante a relação e satisfação. Utilizou-se o questionário FSFI e medidas de força muscular com perineômetro Perina e palpação bidigital. A análise dos dados foi feita com o software SPSS, verificando as prevalências de disfunção sexual e investigando sua relação com a força muscular do assoalho pélvico usando o Coeficiente de Spearman.</p>	<p>nenhuma possuía força da MAP igual ou superior ao grau 4 na escala de Oxford, sugerindo relação entre disfunção sexual e músculo fraco. Apesar de alguns dados tenderam à associação, não foi encontrada significância estatística.</p>
<p>Brondani 2014</p>	<p>Influência do método pilates sobre a função do assoalho pélvico e sexualidade de mulheres sedentárias.</p>	<p>Têm como objetivo avaliar a influência do método pilates sobre a força muscular do assoalho pélvico (MAP) em mulheres sedentárias.</p>	<p>Foi conduzido um estudo transversal com abordagem quantitativa, quase experimental, envolvendo 9 mulheres jovens, sedentárias, sexualmente ativas e nulíparas. Elas foram submetidas a 10 sessões de Matpilates, com avaliação do assoalho pélvico por palpação bidigital, utilizando a classificação dos escores padronizados do Esquema Perfect e da Avaliação da Força Muscular do Assoalho Pélvico (AFA). Além disso, foi aplicado o questionário FSFI (Female Sexual Function Index) para avaliar a satisfação sexual das participantes</p>	<p>Os principais resultados encontrados mostram uma melhora significativa na Endurance e número de contrações rápidas do MAP, no entanto não houve diferença estatisticamente em relação ao escore geral e domínios à aplicação do FSFI.</p>

Marraui 2023	Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso	O estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da associação das técnicas de cinesioterapia aplicada à musculatura do assoalho pélvico, massagem perineal e conscientização acerca da sexualidade das participantes	Os métodos utilizados foram educação sexual, massagem perineal e cinesioterapia associada ao uso da sonda uroginecológica New PelviFit Trainer, como biofeedback visual, para promover conscientização e estimar os efeitos sobre a condição da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com relato de anorgasmia.	O resultado obtido com o protocolo da associação das técnicas terapêuticas em mulheres com disfunção orgásmica apresentou melhora da função sexual feminina, aumento da força e do estado de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, avaliados pelo questionário Índice de Função Sexual Feminina, quantificados por meio da escala de Oxford modificada e da escala de avaliação de flexibilidade vaginal, respectivamente.
Da Costa et al 2018	Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico	Realizar uma intervenção educativa centrada em exercícios perineais de conscientização e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e, posteriormente, aplicar perineometria e palpação digital para avaliar sua eficácia.	A amostra foi constituída por 31 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. O assoalho pélvico foi avaliado através da palpação digital, pelo método PERFECT e pelos perineômetros Peritron (9300 +) e o Biofeedback pressórico, além da aplicação do questionário FSFI.	Verificou-se potencialização da força da MAP ao longo da intervenção e melhora da satisfação sexual, tendo influência positiva mais significativa nas respostas sexuais envolvendo desejo, excitação e orgasmo.
Darski et al 2016	Associação entre a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual em mulheres adultas jovens	Associar as medidas obtidas pela avaliação da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico com o escore da satisfação sexual de mulheres adultas jovens	Realizamos um estudo observacional e transversal com mulheres nulíparas, entre 20 e 40 anos de idade, cujo IMC fosse inferior a 25 kg/m ² e que não tivessem queixas de disfunção do assoalho pélvico. Avaliamos a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico por meio do biofeedback pressórico Perina e da Escala Oxford. A satisfação sexual foi medida usando o questionário	No estudo com 80 mulheres, divididas em dois grupos com base na funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, não foram observadas diferenças significativas na satisfação sexual, avaliada pela Escala Oxford. No entanto, foi identificada uma correlação fraca, mas significativa, entre a média de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico

			Quociente Sexual Feminino. Para a análise dos dados, utilizamos o teste de Correlação de Spearman, com um nível de significância de 5%	medida pelo biofeedback pressórico e o domínio de preliminares na satisfação sexual
De Sousa, de Souza, Figueredo, 2020.	Disfunções sexuais femininas: Recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico.	O objetivo deste estudo é apresentar recursos fisioterapêuticos para o fortalecimento do assoalho pélvico	Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, exploratória, de abordagem qualitativa, baseada em dados eletrônicos: PubMed, LILACS, SciELO, Google acadêmico, em língua portuguesa e inglesa. A busca dos dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2019.	A fisioterapia desempenhou um papel crucial no tratamento da anorgasmia feminina relacionada à fraqueza do assoalho pélvico, melhorando a consciência corporal, fortalecendo a musculatura do assoalho pélvico e aliviando desconforto. Isso resultou em uma melhora na atividade sexual e, conseqüentemente, em uma vida sexual mais satisfatória. Os principais recursos fisioterapêuticos utilizados incluíram cinesioterapia, cones vaginais, biofeedback e pilates
Meira et al 2019	Função sexual e qualidade de vida em mulheres climatéricas	O objetivo analisar a relação da função sexual e a qualidade devida em mulheres climatéricas.	Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, analítico. A coleta de dados foi realizada com 20 mulheres climatéricas com faixa etária de 38 a 60 anos. Como instrumentos foram utilizados questionários contendo dados sociodemográficos, o <i>Female Sexual Function Index</i> para avaliar a função sexual e o <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i> para analisar a qualidade de vida.	Foi observado que nas mulheres que possuem disfunção sexual no domínio excitação, a média está abaixo do ponto de corte, o que não ocorre com mulheres que não possuem disfunção ($p = 0,03$), o mesmo ocorre com os domínios orgasmo e satisfação. Na correlação da função sexual com a qualidade de vida, há significância estatística nos domínios físico ($p = 0,023$) e meio ambiente ($p = 0,049$).
Jacomin et al 2021	Efeito do fortalecimento com bolinhas de Ben Wa	O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de um programa de exercícios	Foi realizado um estudo de campo com uma amostra de conveniência	O resultado da pesquisa mostrou que 57,10% tiveram melhora no grau de

	(BenDell) na função dos músculos do assoalho pélvico e satisfação sexual em mulheres nulíparas.	progressivos de fortalecimento utilizando as bolinhas de Ben Wa BenDell® (30 e 50g) em mulheres jovens nulíparas sobre a função dos MAPs e satisfação sexual	composta por sete acadêmicas. O objetivo foi avaliar a satisfação sexual (usando o Questionário QSF) e a função dos músculos do assoalho pélvico antes e após um programa de exercícios com as bolinhas de Ben Wa. O programa consistiu em 10 sessões supervisionadas por uma fisioterapeuta, realizadas duas vezes por semana através do Google Meet, com progressão no grau de dificuldade de acordo com posições, repetições, tempo de contração e peso das bolinhas (30g e 50g). Após as 10 sessões, as voluntárias foram reavaliadas pela mesma pesquisadora	força dos MAPs, 28,6% apresentaram melhora na resistência desses músculos, 42,9% tiveram melhora das contrações rápidas, além da melhora da satisfação sexual, comparando-se antes e depois do programa de exercícios para os MAPs
Quinn et al 2019	Treinamento da musculatura do assoalho pélvico e percepção de satisfação sexual feminina por meio da técnica Gyrokinesis: um estudo piloto	Identificar se o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) por meio da técnica Gyrokinesis influencia na melhora da satisfação sexual e na qualidade de vida	Foi realizado um estudo clínico piloto com sete mulheres voluntárias, com idade média de 44 anos. O estudo avaliou a função sexual feminina (FSFI) e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) antes e depois da intervenção com um protocolo de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e conscientização corporal, utilizando a abordagem Gyrokinesis.	Houve uma diferença significativa no escore total da FSFI, demonstrando uma melhora na função sexual das participantes, além de alterações nas variáveis de satisfação sexual, domínio psicológico e relações sociais do WHOQOL-BREF.

Fonte: Próprio autor (2023).

Dos 9 artigos selecionados, 2 abordam o método pilates em relação à função da musculatura do assoalho pélvico, 2 combinam educação sexual com cinesioterapia e conscientização corporal, 2 avaliam a força e funcionalidade da

MAP em relação à função sexual feminina, 1 analisa a qualidade de vida das mulheres utilizando os questionários Female Sexual Function Index para a função sexual e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOLBREF) para a qualidade de vida, 1 discute a eficácia das bolinhas de Bem Dell para função e força do assoalho pélvico, e 1 explora a técnica menos conhecida, a *Gyrokinesis*.

Ao comparar os estudos de Darski (2016) e Batista et al (2017) no que se diz respeito a relação entre a força da musculatura do assoalho pélvico e sua influência na função sexual feminina, é possível observar uma divergência entre os autores.

As discordâncias surgem quando se trata da correlação entre a força muscular do assoalho pélvico e a função sexual, Darski (2016) não encontrou uma correlação significativa entre a força muscular e a satisfação sexual, sugerindo que a força muscular não é um determinante da satisfação sexual. Por outro lado, Batista et al. (2017) identificaram que a força muscular, embora importante, não é suficiente para prever a disfunção sexual. Cerca de 23,1% das voluntárias em seu estudo apresentaram dis-funções sexuais, como falta de desejo, problemas de lubrificação, disfunção orgástica e dor durante o sexo. Isso destaca a complexidade das disfunções sexuais femininas e a necessidade de considerar múltiplos fatores além da força muscular do assoalho pélvico na compreensão dessas condições.

De acordo com a análise de Costa et al (2018) realizaram um estudo com estudantes universitárias, fornecendo orientações em forma de cartilha detalhadas sobre exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico para serem realizados em casa. O estudo incluiu avaliações mensais, com o uso do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) e avaliações físicas do assoalho pélvico. Os resultados do estudo demonstraram um aumento significativo na força muscular do assoalho pélvico e melhorias nas respostas sexuais, incluindo desejo, excitação e orgasmo, indicando a eficácia da fisioterapia nesse contexto.

No estudo conduzido por Marrui (2023) com duas participantes, aplicando um protocolo cinesioterapêuticos associados a massagem perineal e educação sexual resultou em melhorias notáveis na função sexual. Os resultados destacaram um aumento na frequência de orgasmos, redução no desconforto durante a penetração e melhora na lubrificação vaginal. As participantes também demonstraram aumento na consciência corporal e no relaxamento dos músculos do assoalho pélvico. A avaliação por meio do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF).

indicou melhorias abrangentes em todas as fases da resposta sexual, sugerindo uma função sexual aprimorada.

Ao comparar os estudos de Meira (2020) e Grego (2023) sobre disfunções sexuais em diferentes grupos de mulheres, observa-se que um estudo se concentra em mulheres no climatério, com idade média entre 46 e 52 anos, enquanto o outro aborda mulheres jovens. A diferença nos grupos etários naturalmente influencia os resultados.

Como observado no estudo de Grego (2015) identificou uma prevalência muito menor de anorgasmia (10%) entre as mulheres jovens, com a maioria delas desfrutando de uma função sexual positiva, ressaltou que muitas mulheres jovens podem hesitar em relatar distúrbios sexuais, fingindo prazer apenas para agradar o parceiro. Por outro lado, Meira (2020) relatou uma alta prevalência de disfunções sexuais no grupo de mulheres no climatério, com 85% da amostra apresentando algum tipo de disfunção, incluindo problemas nos domínios de excitação, orgasmo e satisfação sexual, como também identificou que as disfunções sexuais podem afetar negativamente a qualidade de vida, incluindo o domínio de meio ambiente. Isso sugere que as dificuldades na função sexual podem ter impactos mais amplos na vida das mulheres, que podem incluir relacionamentos e interações sociais.

Neste contexto, os estudos de Jacomin (2021) e Quinn (2019) investigaram abordagens específicas da fisioterapia, direcionadas ao fortalecimento do assoalho pélvico e à conscientização corporal, respectivamente.

Jacomin (2021) concentrou-se no treinamento com as bolinhas de Bem WA, revelando sua eficácia no fortalecimento do assoalho pélvico, melhoria na consciência corporal e satisfação sexual das participantes. Embora tenha tido uma amostra limitada, o método mostrou potencial para melhorar a qualidade de vida sexual.

Por outro lado, Quinn (2019) introduziu a técnica *Gyrokinesis*, observando diferenças significativas nos escores antes e depois da intervenção. Embora não tenha havido uma grande alteração na qualidade de vida geral, os aspectos relacionados à satisfação sexual e psicológica melhoraram. A abordagem destacou a importância da consciência corporal, potencializando a percepção sensorial durante o ato sexual, o que torna a experiência do orgasmo mais satisfatória.

A discussão sobre a anorgasmia feminina quanto aos seus impactos causados nas relações afetivas e o papel da fisioterapia pélvica revela a

complexidade dessa condição e a necessidade de abordagens multifacetadas. Ao longo deste estudo, exploramos várias pesquisas que destacam a importância da conscientização corporal, fortalecimento do assoalho pélvico e educação sexual como componentes fundamentais para a abordagem terapêutica.

Dentre as limitações encontradas para a realização deste trabalho destacam-se a escassez de estudos sobre a anorgasmia feminina e a falta de padronização no tratamento dificulta em concluir a melhor terapia para a disfunção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desses estudos ressalta não apenas a eficácia da fisioterapia pélvica na melhoria da função sexual feminina, mas também a necessidade de considerar o contexto emocional, social e psicológico das mulheres. É essencial reconhecer que a anorgasmia não é apenas uma disfunção física, mas um fenômeno complexo que pode ser influenciado por vários fatores.

Desta maneira é possível observar nesta revisão estudos que abordam a eficácia da fisioterapia e suas técnicas no tratamento da anorgasmia feminina, utilizando como principal recurso o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, proporcionando uma melhora na conscientização perineal e conseqüentemente gerando um resultado positivo no desejo, excitação e orgasmo.

Este estudo enfatiza a importância contínua da pesquisa, da educação e do desenvolvimento de intervenções personalizadas para melhor atender às necessidades individuais das mulheres que sofrem de anorgasmia. A fisioterapia pélvica, aliada a uma compreensão holística da sexualidade feminina, oferece uma abordagem promissora para a melhoria da qualidade de vida e saúde sexual das mulheres afetadas por essa disfunção.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 14, p. 89-90, 2009.
- Abdo, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 33, n. 3, p. 162–167, 2006.
- Almeida, A. L. R.; Marsal, A.S. A **influência da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres**: estudo da eficácia da cinesioterapia. *Visão Universitária*, v. 3, n. 1, p. 109-128, 2015.
- Anjos, G. P; Oliveira, C. Epidemiologia de anorgasmia em mulheres sexualmente ativas na faixa etária entre 18 a 60 anos na Fundação Hospital Adriano Jorge na cidade de Manaus–AM. **Revista Brasileira de Saúde Maternal e Infantil**, v. 7, n. 2.
- Baracho, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Barbosa, A. M. P. et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 677–682, nov. 2005.
- Basson, R. Human sex-response cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001.
- Braz, M. M. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 3, p. 188-193, 2004
- Bernardes, A. Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino. **Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia**, 2011.
- Bernardes, N. D. O. Eletroestimulação intravaginal no tratamento da dor pélvica crônica. **Campinas-SP [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas**, 2003.
- Brondani, K. H. **Influência do método pilates sobre a função do assoalho pélvico e sexualidade de mulheres sedentárias**. Monografia. Santa Maria, RS: **Universidade Federal de Santa Maria**, 2014.
- Campanari, C. S. D. O.; Sales, C. M. D. **Atuação Fisioterapêutica nas Disfunções Sexuais Femininas**. 2021.
- Carvalho, S. I. N. Disfunções sexuais femininas. **Dissertação (Mestrado) Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas**. 2014.

Cerejo, A. C. Disfunção sexual feminina: Prevalência e fatores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701–20, 2006.

De Sousa, C. B; De Souza, V. S; Figueredo, R. C. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. **Multidebates**, v. 4, n. 2, p. 176-188, 2020.

De Luccas Batista, N. M. T et al. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, 2017.

Delgado, A. M; Ferreira, I. S. V; De Sousa, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **CATUSSABA-ISSN 2237-3608**, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2014.

Dias, J. C et al. Anorgasmia Feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2015.

Figuerêdo Meira, L et al. Função sexual e qualidade de vida em mulheres climatéricas. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 1, 2019.

Fitz, F. F et al. Efeito da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, p. 505-510, 2012.

Horvath J. **Gyrokinesis®** Level 1 Foundation Training Course. Dingmans Ferry: **Gyrotonic**; 2013.

JACOMIN, P. B et al. Efeito do fortalecimento com bolinhas de Ben Wa (BenDell®) na função dos músculos do assoalho pélvico e satisfação sexual em mulheres nulíparas. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 117394-117409, 2021.

Junqueira, F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira. Ginecologia Obstetrícia**, 2008, 30.6: 312-21.

Kaplan, Hs. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1979.

Krakowsky, Y; Grober, E. D. Um guia prático para disfunção sexual feminina: uma revisão baseada em evidências para médicos no Canadá. **Jornal da Associação Urológica Canadense**, v. 6, pág. 211–6, 2018.

Lara, L. A et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 6, p. 312–321, jun. 2008.

Levin, R. J. O clitóris - Uma avaliação de sua função reprodutiva durante os anos férteis: Porque foi, e ainda é negligenciado em relatos de excitação sexual feminina. 2020.

Lucena, B. B. D; Abdo, C. H. N. O papel da ansiedade na (dis) função sexual. **Diagn Tratamento**. 2013.

Luria, M; Hochner C., D; Mock, M. Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. **Harefuah**, v. 143, n. 11, p. 804-10, 838, 2004.

Luz, J. **A fisioterapia na disfunção sexual feminina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Atlântica. 2009.

Magno, L. D. P.; Fontes-Pereira, A. J.; Nunes, E. F. C. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 4, p. 8-8, 2011.

Marrui, L; Santos T. L; Rocha, S. A. Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso. **Femina**. 2023;51(7):443-8.

Masters, W.; Johnson, V. O vínculo do prazer. **Rio de Janeiro: Record**, 1975.

Moreira, A.S. **Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop, 2017

Moreno, A.L. Fisioterapia em uroginecológica. 2 ed. **MANOLE**. 2009

Nascimento, S. M. do. Avaliação Fisioterapêutica da Força Muscular do Assoalho Pélvico na Mulher com Incontinência Urinária de Esforço após Cirurgia de Wertheim-Meigs: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 157–163, 2009.

Netter, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7ª ed. RIO DE JANEIRO: Elsevier, 2019.

Parisotto, L. Disfunção do Orgasmo Feminino. São Paulo, 30 de nov. de 2006.

Pinheiro, Marcelo. **Anorgasmia**. São Paulo, 25 de jul de 2006.

Quinn, R. R. et al. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico e percepção de satisfação sexual feminina por meio da técnica Girocinese: um estudo piloto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 3, pág. 137-140, 2019.

Riesco, M. L. G. et al. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: Correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 1138-1144, 2010.

Rodrigues Jr, O. M. Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual. **São Paulo: Summus**, 2001.

Santos, R. R. et al. **Causas e tratamento da anorgasmia feminina: uma revisão da literatura.** Categoria: Clínico. 2021.

Sena, T. Os Relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: as sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas. 2007.

Silva, A. R. M. G. **Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher.** Dissertação (o Mestrado Integrado em Bioengenharia Ramo Engenharia Biomédica) Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. 2012.

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.

Sousa, K. R.; Barreira, S. A.; Da Silva, K. C. C. A importância da fisioterapia na anorgasmia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8. 2022.

Stephenson, R. G.; O'connor, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. In: Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia.** 2004. pág. 520-520.

Trindade, S.; Luzes, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Alumni-Revista Discente da UNIABEU**, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017
Unicamp, Campinas, 2003

Vasconcelos, E. C. L. M. Força e função muscular do assoalho pélvico: como avaliar? **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 6, p. 469-473, 2013

Vitiello, N.; Rodrigues Jr, O. M. **As Bases Anatômicas e Funcionais do exercício da sexualidade.** São Paulo: Iglu. 1997. p. 1 41-153.

Yagihara, C. T. (2019). **A (in) satisfação sexual feminina.**

Zorzi, R. **Corpo humano: órgãos, sistemas e funcionamento.** Editora Senac São Paulo, 2021.

APÊNCIDE A – Artigo do Trabalho de Conclusão de Curso.

ANORGASMIA FEMININA: seus impactos causados nas relações afetivas e abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento.

FEMALE ANORGASMIA: its impacts on intimate relationships and pelvic physiotherapy approaches in treatment.

Rafaella Caroline dos Reis Pereira¹
Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima²

RESUMO

A anorgasmia feminina é uma disfunção sexual caracterizada pela dificuldade persistente ou incapacidade recorrente de atingir o orgasmo, mesmo após estímulo sexual adequado. Esta condição pode manifestar-se de diversas formas, incluindo dificuldade em atingir o orgasmo, atraso na obtenção do clímax sexual ou ausência total de orgasmo, causando significativo desconforto emocional ou psicológico. Este estudo objetiva identificar os principais fatores e causas da anorgasmia feminina e descrever as principais técnicas utilizadas na fisioterapia pélvica no tratamento da anorgasmia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e exploratória, realizada através das bases de dados BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico, Portal de periódicos CAPES, integra artigos cujo ano de publicação são de 2013 a 2023, em português, inglês e espanhol. Observou-se que a fisioterapia pélvica proporciona uma melhora significativa na função sexual, demonstrando aumento na frequência e intensidade dos orgasmos, melhora na lubrificação e redução do desconforto durante o sexo. Conclui-se que a fisioterapia pélvica e suas técnicas são eficazes no que se diz respeito ao tratamento da anorgasmia feminina.

Palavras-chave: Anorgasmia feminina. Tratamento fisioterapêutico. Disfunção Sexual.

¹ Graduanda do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: rafaellacaroliine60@gmail.com

² Professora Mestre, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: Jacqueline.lima@undb.edu.br

ABSTRACT

Female anorgasmia is a sexual dysfunction characterized by persistent difficulty or recurring incapacity to achieve orgasm, even after adequate sexual stimulation. This condition can manifest in various forms, including difficulty in reaching orgasm, delayed climax attainment, or complete absence of orgasm, causing significant emotional or psychological discomfort. This study aims to identify the main factors and causes of female anorgasmia and describe the primary techniques used in pelvic physiotherapy for its treatment. It is an integrative, qualitative, and exploratory literature review conducted through databases such as BVS (Virtual Health Library), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Scholar, CAPES Periodicals Portal, encompassing articles published from 2013 to 2023 in Portuguese, English, and Spanish. It was observed that pelvic physiotherapy significantly improves sexual function, demonstrating an increase in orgasm frequency and intensity, improved lubrication, and reduced discomfort during intercourse. It is concluded that pelvic physiotherapy and its techniques are effective in the treatment of female anorgasmia.

Keywords: Female anorgasmia. Physiotherapy treatment. Sexual Dysfunction

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade tem uma importância vital na vida humana, pois está relacionada com o bem-estar físico e psicológico, a autoestima e a qualidade de vida. Quando a sexualidade é vivida de forma satisfatória, saudável e consensual, pode trazer inúmeros benefícios para a saúde física e mental, como redução do estresse, melhora da autoestima, melhora do sono e aumento da sensação de bem-estar. Em contrapartida, quando a sexualidade é vivida de forma reprimida, inadequada ou traumática, pode gerar problemas emocionais, disfunções sexuais, transtornos psicológicos e até mesmo doenças físicas (Moreira, 2017).

Embora a sexualidade seja um tema importante e positivo, é preocupante constatar que um número significativo de mulheres, cerca de 40 a 45%, apresenta problemas relacionados à disfunção sexual. Especificamente, a disfunção de excitação e anorgasmia afetam cerca de 30% dessas mulheres (Junqueira, 2008). Esse dado chama atenção e incentiva a busca por estudos que investiguem intervenções terapêuticas capazes de auxiliar e resolver essa disfunção que afeta significativamente a vida de muitas mulheres.

Segundo a literatura, as disfunções sexuais referem-se à dificuldade persistente e recorrente de um indivíduo alcançar e concluir uma ou mais fases da resposta física sexual, o que pode causar aflição e atrito pessoal. O conceito é baseado na resposta sexual fisiológica descrita por Masters e Johnson (1975) e Kaplan (1979), que inicialmente seguiram o modelo masculino com as fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução.

A classificação tradicional das fases da resposta sexual feminina, baseada no modelo masculino de Masters e Johnson e de Kaplan, tornou-se ultrapassada quando Rosemary Basson (2001) propôs um modelo circular de resposta sexual, onde o desejo sexual pode ser menos relevante para o início da relação sexual. Segundo Basson (2001), pode-se iniciar uma relação sexual a partir do estado de neutralidade sexual, desde que haja vontade de que essa condição se modifique, ao permitir que o estímulo sexual desencadeie a excitação e por consequência o desejo. Além disso, dentro da normalidade, a resposta sexual da mulher pode apresentar alterações na ordem das fases, com possibilidade de uma superposição das mesmas.

Consequentemente, as disfunções sexuais (DS) são classificadas de acordo com a incapacidade de responder em uma ou mais fases correspondentes do ciclo da resposta sexual (Basson et al., 2001). Dessa maneira, dentre as diversas disfunções sexuais o foco desta revisão integrativa é discutir acerca da disfunção orgásmica, a anorgasmia, sendo caracterizada pela persistente ausência ou atraso do orgasmo, mesmo após uma fase normal de excitação, ou pela diminuição significativa da sua intensidade (Baracho, 2018).

A investigação da disfunção orgásmica é de grande importância, pois a falta de conhecimento sobre ela pode interferir negativamente no estado psicológico e familiar das mulheres afetadas, a vista disso, expõe-se a seguinte questão: Qual o impacto causado pela anorgasmia feminina nas relações afetivas e as abordagens da fisioterapia pélvica no tratamento?

Embora a fisioterapia pélvica ofereça benefícios tanto para a equipe multidisciplinar quanto para as pacientes, a quantidade de literatura disponível sobre o assunto ainda é limitada. Neste contexto, esta revisão integrativa possui o objetivo de enriquecer o conhecimento sobre essa disfunção e facilitar a compreensão dos profissionais de saúde e demais interessados no tema, assim como evidenciar a importância da fisioterapia pélvica e do fisioterapeuta no tratamento desta disfunção sexual.

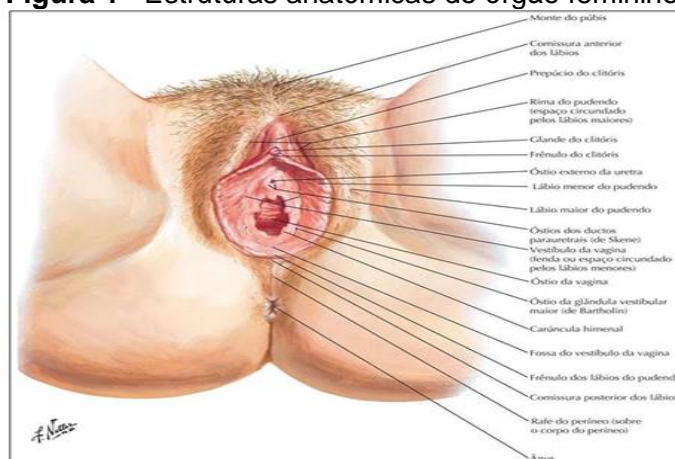
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e exploratória, realizada por meio de uma busca científica a estudos científicos que falam sobre Fisioterapia pélvica no tratamento da anorgasmia feminina e seus impactos nas relações afetivas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Anatomia do assoalho pélvico

Os órgãos genitais femininos humanos podem ser classificados em duas categorias: órgãos intrínsecos e extrínsecos. Os órgãos intrínsecos compõem a parte interna e incluem os ovários, as tubas uterinas (ou trompas de Falópio), o útero e a vagina. A parte externa, por sua vez, é formada pela vulva ou pudendo, que abrange o monte púbico, os grandes e pequenos lábios, o vestíbulo e órgãos responsáveis por sensações sexuais, como o clitóris e os bulbos vestibulares (ver Figura 1) (Bernardes, 2011).

Figura 1– Estruturas anatômicas do órgão feminino externo.



Fonte: Netter, 2019.

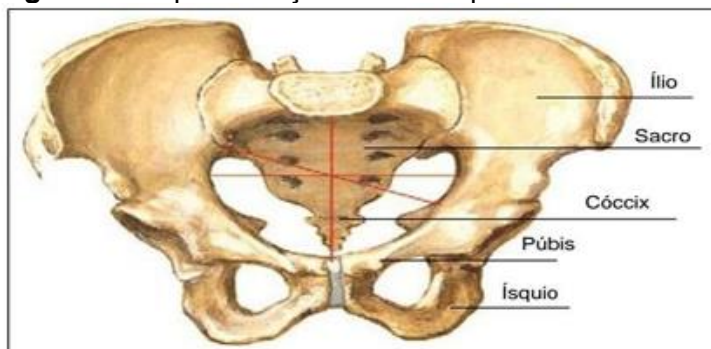
Os órgãos reprodutores femininos externos são a parte visível da anatomia da pelve e incluem uma série de estruturas importantes. O púbis, também conhecido como monte púbico, é uma protuberância arredondada situada acima da sínfise púbica e é coberto por pêlos dispostos em forma de triângulo invertido. Sua função principal é proteger a região genital anterior e restringir o movimento da uretra (Bernardes, 2011e Zorzzi, 2021).

Nos pequenos lábios localizam-se os vestíbulo, que são a entrada para a vagina, e abrigam as glândulas vestibulares maiores, responsáveis por produzir muco durante a excitação sexual. Nos grandes lábios labiais, encontram-se os bulbos do vestíbulo e massas de tecido erétil que se enchem durante a relação sexual (Santos, 2021).

O clitóris, por sua vez, é um órgão erétil, de formato arredondado e relativamente pequeno (com dois a três centímetros de comprimento). Ele desempenha um papel fundamental na sensação do prazer feminino e é altamente sensível à estimulação tátil. Localizado na porção apical do vestíbulo, anteriormente à vagina, o clitóris é rico em terminações nervosas, tornando-o uma parte essencial da resposta sexual feminina (Luz, 2009 e Levin, 2020).

Todas essas estruturas são protegidas pela pelve, que tem a função de sustentar e proteger os órgãos reprodutores femininos. A pelve é composta por ossos, ligamentos e os músculos do assoalho pélvico. Ela é formada por quatro ossos: dois ossos do quadril anterior e lateralmente, além do sacro e cóccix na parte posterior. Essas estruturas se unem na sínfise púbica e na articulação sacroilíaca. A pelve feminina possui uma base maior, onde estão localizadas as vísceras abdominais, e uma porção menor, fechada pelo pavimento pélvico, que abriga a bexiga, a vagina e o reto (ver Figura 2), (Stephenson et al., 2004).

Figura 2– Representação óssea da pelve feminina



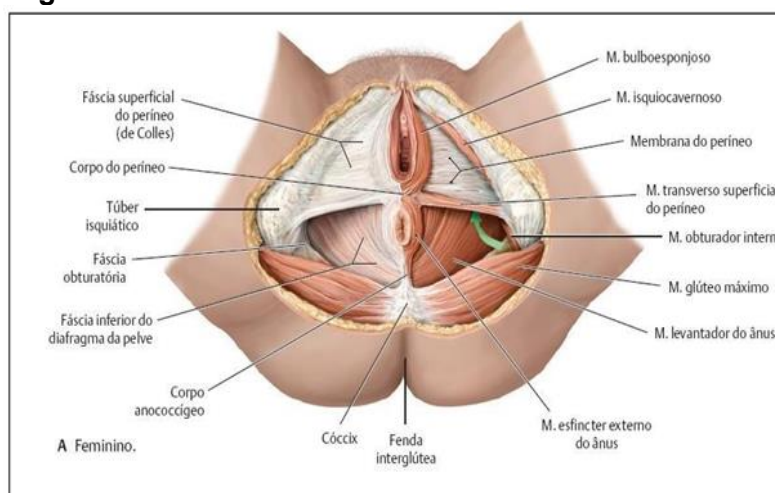
Fonte: Silva (2012).

O assoalho pélvico é uma estrutura complexa composta por músculos, fáscias e ligamentos que se encontra na região pélvica da mulher. Essa musculatura, conhecida como musculatura do assoalho pélvico (MAP), desempenha um papel fundamental ao oferecer um suporte elástico para a região pélvica e abdominal, atuando como um verdadeiro "assoalho" que sustenta os órgãos localizados nessa área, prevenindo prolapsos (Silva, 2003).

A musculatura da pelve feminina pode ser dividida em quatro partes distintas, a primeira parte é chamada de diafragma pélvico, e é aqui que se encontram os músculos levantadores do ânus e o coccígeo. O músculo coccígeo origina-se na espinha isquiática e se insere no cóccix lateral, enquanto o músculo levantador do ânus apresenta várias subdivisões, incluindo o pubovaginal, puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, que se mesclam com a vagina e compõem a outra porção do levantador do ânus (Stephenson et al., 2004).

A segunda parte, conhecida como diafragma urogenital, inclui o músculo transverso profundo do períneo, que forma uma segunda camada muscular sob a primeira, oferecendo suporte aos orifícios da uretra e da vagina. A terceira divisão, também denominada triângulo urogenital, representa a porção anterior do períneo, subdividindo-se em camadas superficial e profunda. A camada superficial é composta por uma membrana de fásia e músculos, enquanto a camada profunda abriga a uretra e o interior da vagina, por fim, a última porção é o triângulo anal. Essa complexa rede de músculos e estruturas é essencial para o suporte e a função adequada dos órgãos pélvicos femininos (Sthephenson et al., 2004)

Figura 3 – Músculos do Assoalho Pélvico Feminino



Fonte: Anne M. Gilroy (2017).

A pelve é inervada pelos nervos sacrais e coccígeos, além do componente pélvico do sistema nervoso autônomo. Os principais nervos do plexo sacral incluem o isquiático, o maior e mais largo nervo do corpo, e o nervo pudendo, responsável pela inervação do períneo e dos órgãos genitais externos (Bernardes, 2003).

Em termos de vascularização, a artéria pudenda interna e seus ramos desempenham um papel significativo no suprimento sanguíneo do períneo. Esta região representa um conjunto de estruturas moles que fecham a pelve e mantêm as vísceras em posição vertical (Braz, 2004).

Considerando a relevância dos músculos do assoalho pélvico, como o levantador do ânus e os músculos perineais, para a resposta sexual, destaca-se o papel do bulbo cavernoso, que faz parte da musculatura perineal. Quando esses músculos se contraem, desempenham um papel crucial na excitação e no orgasmo. O levantador do ânus também influencia a resposta motora do orgasmo, e uma

baixa pressão exercida por esses músculos pode afetar negativamente o funcionamento correto para uma resposta sexual satisfatória (Carvalho, 2014).

A origem da anorgasmia está intimamente relacionada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, podendo estar associada ao ganho de peso ou simplesmente à falta de consciência da contração desses músculos. Isso ocorre porque os músculos bulboesponjosos e isquiocavernosos, que fazem parte do corpo cavernoso do clitóris e desempenham um papel crucial no mecanismo de ereção durante a atividade sexual, contraem-se, puxando o clitóris para baixo e comprimindo suas veias de drenagem, facilitando a ereção. No entanto, quando esses músculos enfraquecem, essa ação se torna ineficaz (Sousa et al., 2022).

Muitas mulheres desconhecem a existência e a localização dos músculos do assoalho pélvico, o que pode contribuir para o desenvolvimento de disfunções sexuais femininas. É fundamental aumentar a conscientização sobre essa musculatura, fornecendo informações sobre a importância da contração adequada e da compreensão de sua fisiologia. O estado funcional dos músculos na região pélvica desempenha um papel significativo na função sexual, e a tensão inadequada desses músculos pode estar relacionada ao surgimento de condições como dispareunia, vulvodínia e dificuldade em atingir o orgasmo. A hipotonia e a fraqueza muscular podem contribuir para a incapacidade orgástica, enquanto a diminuição da musculatura perivaginal pode afetar a experiência do orgasmo (Haddad et al., 2010 e Ribeiro et al., 2012).

2.2 Ciclo da resposta sexual feminina

Uma relação sexual satisfatória é influenciada por uma série complexa de eventos hormonais e fisiológicos que podem ser significativamente afetados por intensas ou prolongadas excitações emocionais (Marques, Chedid e Eizerik, 2012).

O conceito de resposta sexual fisiológica descrita por Masters e Johnson (1970), seguiu o modelo masculino se dividindo em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução.

a) Excitação: Envolve estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato sexual. No caso das mulheres, manifesta-se através da lubrificação vaginal, e nos homens, pela ereção peniana. Essa fase é caracterizada por dois fenômenos:

vasoconstrição (aumento do fluxo sanguíneo na área) e miotonia (contração muscular), levando à formação da chamada "plataforma orgástica".

b) Platô: Fase de excitação contínua que pode durar de 3 segundos a vários minutos.

c) Orgasmo: É descrita com uma explosão de prazer intenso, nos homens é frequentemente acompanhada da ejaculação peniana, sendo o ponto máximo da resposta sexual, caracterizada por contrações rítmicas da plataforma orgástica, e miotomia da região pélvica.

d) Resolução: Resolução ou detumescência, fase após orgasmo onde ocorre o relaxamento e bem-estar que pode durar de minutos a horas, nos homens isso caracterizasse como um período refratário em que o organismo precisa “descansar” e não responde a estímulos adicionais.

A fase de desejo ou apetência, descrita por Kaplan (1977), está associada a vontade de iniciar uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial como audição, visão, olfato, além de memórias ou experiências eróticas e de fantasias. Esse novo modelo conceituava o ciclo de resposta sexual como composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Em 2002, a psiquiatra canadense Rosemarie Basson introduziu o conceito do "Modelo Circular da Resposta Sexual Feminina". Nesse modelo, especialmente em relacionamentos de longo prazo, a mulher não necessariamente inicia a relação sexual com um desejo sexual intenso. Em vez disso, ela pode começar a partir de um estado de "neutralidade sexual" e, com estímulos do parceiro, gradualmente entrar em um estado de excitação crescente. Isso pode ser motivado pela intimidade compartilhada, pelo fortalecimento do vínculo afetivo ou por razões não diretamente ligadas ao desejo sexual (Basson, 2002). O desejo, de acordo com esse modelo, se desenvolve posteriormente como uma consequência da excitação e não necessariamente como a causa inicial do ato sexual.

Conforme mencionado pelos autores anteriormente, quando uma mulher se encontra em uma situação excitante, isso pode desencadear o surgimento do desejo sexual, manifestando-se através de apetite, libido e apetência. Esse processo pode se prolongar e ser extremamente satisfatório, culminando em uma crescente excitação sexual. A medida que esse fenômeno é estendido, ele pode eventualmente resultar em uma resposta orgástica (Dias et al., 2014).

Esse modelo enfatiza a importância da resposta e receptividade das mulheres, sugerindo que, para muitas delas, o desejo de intimidade desempenha um papel crucial no ciclo de resposta sexual, em vez de ser apenas um impulso biológico inicial (Luria, Celnikier e Zombado, 2004).

2.3 Anorgasmia Feminina: Definição e tipos

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, as disfunções sexuais são categorizadas da seguinte forma: dor gênitopélvica/distúrbio de penetração (dor sexual), que inclui dor na vulva, desconforto profundo durante a penetração ou tensão nos músculos pélvicos; interesse sexual feminino/distúrbio da excitação (baixo desejo e excitação reduzida), caracterizado pela falta ou diminuição de fantasias sexuais, bem como desejo por atividades sexuais que causem sofrimento, e uma redução na lubrificação vaginal e na sensação de calor genital associada ao fluxo sanguíneo; e distúrbio orgásmico feminino (disfunção orgásmica), que envolve orgasmos atrasados ou inexistentes (Krakowsky e Grober, 2018).

A anorgasmia feminina é quando uma mulher tem dificuldade ou é incapaz de atingir o orgasmo, mesmo após passar por todas as etapas normais de excitação sexual, no entanto, não é apenas a falta de orgasmo que define essa disfunção. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), para considerá-la uma disfunção sexual, é necessário avaliar como isso afeta a experiência sexual pessoal da pessoa. Em outras palavras, o importante não é apenas a ausência de orgasmo, mas o impacto emocional que isso causa, como frustração e desconforto. Essa queixa é comum em consultas ginecológicas e pode incluir sensações orgásmicas reduzidas e atrasos significativos no orgasmo (Ribeiro et al., 2016 e Garcia, 2020)

De acordo com Vitiello (1997, p. 142), a resposta sexual humana pode ser melhor compreendida considerando seus três principais determinantes: os aspectos orgânicos, sociais e psicológicos. Do ponto de vista orgânico, quando a resposta sexual desempenha satisfatoriamente sua função biológica, podemos considerá-la como uma função sexual saudável. No entanto, quando essa função não ocorre de maneira adequada, estamos diante de disfunções sexuais. Essas disfunções podem se manifestar de várias maneiras, como dificuldades na obtenção de uma ereção peniana, conhecida como impotência ou disfunção erétil, e também no que diz

respeito à dificuldade em alcançar o orgasmo feminino que foi chamada de frigidez, nome dado por Freud no início do século XX para descrever a mulher “fria” ou “frigida”, e agora é conhecida como anorgasmia.

A anorgasmia, em particular, refere-se à inibição do orgasmo feminino após a excitação sexual. Isso pode estar relacionado a uma variedade de fatores, tanto psicológicos quanto biológicos. Entre os fatores psicológicos, incluem-se questões como falta de intimidade com o próprio corpo e com o parceiro, influências religiosas, mitos e tabus, falta de informação, insegurança, medo de gravidez, experiências traumáticas e baixa autoestima (Moura, 2007).

Por outro lado, fatores orgânicos também podem desempenhar um papel importante, como problemas de tireoide, circulação sanguínea, condições cardíacas, obesidade, diabetes e o uso excessivo de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas. Essas condições podem afetar negativamente o processo de excitação sexual e, conseqüentemente, a capacidade de atingir o orgasmo (Moura, 2007).

Há mulheres que mesmo após anos de relacionamento e relações sexuais “normais” nunca experimentaram “o prazer do orgasmo”, estas são classificadas com anorgasmia primária; se elas algumas vez tiveram orgasmo e posteriormente deixaram de tê-los de forma sistemática, possuem anorgasmia secundária. (Pavanelo, 2021). Podendo apresenta-se de duas formas principais: absoluta ou generalizada, onde algumas mulheres são completamente incapazes de atingir o orgasmo em qualquer situação, e a situacional, em que as mulheres conseguem atingir o orgasmo apenas em circunstâncias específicas ou com parceiros específicos, muitas vezes relacionadas a fatores emocionais (Dias, 2015).

2.4 Epidemiologia da anorgasmia e seus impactos nas relações afetivas

As Disfunções sexuais são problemas que afetam a capacidade de uma pessoa desfrutar de relacionamentos sexuais satisfatórios (Abdo, 2009). Essas disfunções têm causas multifatoriais e são influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, interpessoais, uso de substâncias, medicamentos e comorbidades associadas (Lucena e Abdo, 2015).

Alguns exemplos desses fatores incluem falta de atração pelo parceiro, educação rígida, lesões físicas, abuso sexual na infância, estimulação inadequada de zonas erógenas, dor durante o sexo, problemas de relacionamento, idade, nível

de escolaridade e medo de gravidez indesejada (Cerejo, 2006). Esses diversos fatores podem causar angústia emocional e dificuldades nos relacionamentos.

As principais disfunções sexuais femininas englobam o vaginismo, que se caracteriza por uma alteração no relaxamento da musculatura vaginal, a dispareunia, que causa dor durante a relação sexual, a anorgasmia, marcada pela ausência de orgasmo, e o desejo sexual hipoativo, que representa uma completa falta de interesse pelo sexo. Estudos apontam que no contexto das mulheres brasileiras, a prevalência é de 36% para disfunção do desejo, 35% para disfunção orgásmica e 29% para dispareunia (Delgado et al., 2015).

Segundo Rodrigues (2001), três em cada cinco mulheres relatam dificuldades ou a ausência de orgasmo ao procurar ajuda de um especialista em sexualidade. A anorgasmia é a disfunção sexual mais comum entre as mulheres, mesmo quando possuem interesse sexual e experienciam todas as outras respostas sexuais de maneira satisfatória. Hoje em dia, há uma grande pressão sobre as mulheres para alcançarem o orgasmo, o que pode levar a níveis de ansiedade capazes de inibir ou reprimir a função sexual (Anjos, 2007).

No entanto, é relevante destacar que somente uma minoria, abrangendo de 11% a 30% das mulheres com disfunções sexuais, procura auxílio de um profissional, principalmente devido à relutância em compartilhar suas queixas de insatisfação sexual (Cerejo, 2006).

O momento da relação sexual é um instante de grande intimidade e exposição, onde ambas as partes se encontram frequentemente despidas. Para que a experiência seja satisfatória, é necessário um mínimo de segurança, que nem sempre está presente nos relacionamentos. Em muitos casos, uma pessoa pode acabar se submetendo a uma relação que, emocionalmente, não faz sentido para ela naquele momento (Pinheiro, 2006).

Júnior (2001) descreve que mulheres que enfrentam essa condição veem o ato sexual como um fardo, suportando-o apenas para manter o relacionamento. Algumas chegam ao ponto de rejeitar qualquer contato sexual que considerem desagradável ou aterrorizante, evitando-o a todo custo.

A falta de compreensão e aceitação por parte do parceiro em relação ao distúrbio sexual tem um impacto negativo nos resultados do tratamento. A relutância do parceiro em buscar ajuda pode ser interpretada pela mulher como uma redução da sua atratividade e como um sinal de desinteresse amoroso (Lara et al., 2008).

A expressão "falta de orgasmo feminino" representa uma combinação de frustração, baixa autoestima e conformidade. Muitas mulheres vivem suas vidas sem ao menos tentar buscar prazer sexual, mantidas em cativeiro por influências culturais e religiosas rígidas, muitas vezes devido à falta de orientação e educação sexual. Isso é frequentemente refletido na ideia de que "sexo é coisa de homens!". Conseqüentemente, elas reprimem seus desejos, evitando a ansiedade associada a quebrar as barreiras impostas por uma educação repressora. Além disso, a hostilidade em relação ao parceiro, o medo de perder o controle, a falta generalizada de desejo, a dor durante a relação sexual e a falta de habilidade do parceiro são algumas das causas comuns deste transtorno sexual (Parisotto, 2006)

Para quantificar e definir padrões em relação ao que é considerado normal ou anormal, bem como estandardizar o que é pouco comum no contexto da psicopatologia sexual, é necessário um profundo entendimento da sexualidade feminina. Isso implica em uma análise que abrange perspectivas históricas, antropológicas, sociais, biológicas, culturais, psicológicas e, especialmente, religiosas, devido ao significativo controle que as normas sociais exercem sobre os limites da sexualidade. Ao considerar as restrições impostas por códigos sexuais religiosos, muitas práticas sexuais naturais, como masturbação, sexo por prazer, contato buco-genital, entre outras, são desaprovadas e até mesmo criminalizadas. Essa repressão da sexualidade resulta em sentimentos de vergonha, censura e proibição (Sena, 2007).

2.5 Avaliação Fisioterapêutica

A fisioterapia desempenha um papel significativo na abordagem da anorgasmia feminina relacionada à fraqueza do assoalho pélvico. Isso envolve aprimorar a consciência corporal da paciente, ajudando-a a compreender como contrair voluntariamente esses músculos. Além disso, a fisioterapia trabalha no fortalecimento desses músculos, aliviando eventuais dores e desconfortos, o que, por sua vez, contribui para uma melhora na atividade sexual e promove uma vida sexual mais satisfatória (Trindade e Luzes, 2017).

Outro instrumento valioso para a avaliação é o Questionário do Quociente Sexual Feminino (QS-F), composto por dez perguntas que abrangem os últimos seis meses da vida sexual da mulher. Este questionário aborda aspectos como

pensamentos espontâneos sobre sexo, interesse sexual, a influência das preliminares na excitação, lubrificação adequada, presença de dor durante o sexo vaginal, distrações durante o ato sexual e a capacidade de atingir o orgasmo durante as relações sexuais. A pontuação total é obtida somando-se as respostas às dez questões e multiplicando o resultado por dois, resultando em um índice que varia de 0 a 100 pontos (Abdo, 2009).

Além disso, a entrevista abrangerá informações pessoais, como nome, idade, endereço, estado afetivo e conjugal da paciente, bem como crenças e conhecimentos sobre sexualidade, percepção da capacidade sexual e o nível de dificuldades sexuais experimentadas. A entrevista também explorará o início das relações sexuais, a presença de doenças e queixas relacionadas, bem como aspectos anatômicos e funcionais (Moreno, 2009).

A avaliação física ou inspeção tem como objetivo examinar a musculatura do assoalho pélvico, observando sua aparência, força muscular e reflexos neurológicos para determinar sua funcionalidade. Esse exame é conduzido por meio de toque vaginal ou bi-digital, envolvendo a introdução de dois dedos na vagina com a utilização de lubrificante. Durante o procedimento, a paciente é solicitada a contrair os músculos pélvicos por um período definido. A intensidade da contração é avaliada utilizando a escala de Oxford modificada, cuja pontuação varia de 0 a 5 pontos (Riesco et al., 2010).

Quadro 1: Escala modificada de Oxford

Grau	Resposta muscular
0	Ausência de função muscular
1	Esboço de contração não sustentada
2	Contração sustentada fraca
3	Contração moderada, movimento positivo em direção cranial e compressão dos dedos do examinador
4	Contração boa, movimento positivo em direção a sínfise púbica e compressão dos dedos do examinador
5	Contração forte, movimento positivo em direção a sínfise púbica com compressão firme dos dedos do examinador

Fonte: Silva (2020).

Dois métodos são empregados para avaliar e medir a força da musculatura do períneo. Um deles é a palpação digital, enquanto o outro é a perineometria. Na perineometria, utiliza-se um dispositivo chamado perineômetro, que registra as contrações dos músculos por meio de um cateter balão posicionado

a 3,5 cm dentro do canal vaginal. Esses registros são traduzidos em padrões visuais representados por uma escala numérica que varia de 0 a 46,4 (Magno et al., 2011; De La Hoz, 2015).

Quadro 2: Valores da perineometria.

Grau	Escore (mmHg)	Descrição
0	0	Ausência de registro de contração
1	1,6 a 16,0	Contração leve
2	17,6 a 32,0	Contração moderada, não sustentada por 6 segundos
3	33,6 a 46,4	Contração normal, sustentada por 6 segundos

Fonte: Magno et al., (2011).

Os cones vaginais, utilizados tanto no tratamento de disfunções sexuais quanto na avaliação do assoalho pélvico, desempenham um papel crucial. Quando inseridos no canal vaginal, eles oferecem um feedback tátil e cenestésico, induzindo reflexivamente a contração do assoalho pélvico na tentativa de mantê-los no lugar. A avaliação ocorre começando com o cone mais leve, e a paciente é exposta a uma série progressiva de cones mais pesados. Se um cone permanecer no lugar, ele é substituído por um mais pesado, e esse processo continua até que um cone seja expelido devido aos esforços (Vasconcelos et al., 2013).

Quadro 3: Classificação da força através dos cones vaginais.

Índice	Significância
0	O peso n° 1 (25 g) cai
1	O peso n° 1 é mantido e o peso n° 2 (35 g) cai
2	O peso n° 2 é mantido e o peso n° 3 (45 g) cai
3	O peso n° 3 é mantido e o n° 4 (55 g) cai
4	O peso n° 4 é mantido e o n° 5 (65 g) cai
5	O peso n° 5 é mantido

Fonte: Vasconcelos et al., (2013)

Este método de avaliação da força do assoalho pélvico concentra-se principalmente nas fibras do tipo I, que são responsáveis pela contração lenta. Os cones vaginais atuam como um meio eficaz de feedback sensorial, sendo uma abordagem prática e economicamente acessível (Nascimento, 2009).

2.6 Técnicas da Fisioterapia Pélvica

Segundo Trindade (2017), a fisioterapia desempenha um papel na abordagem da anorgasmia feminina relacionada à fraqueza do assoalho pélvico. Inicialmente, seu enfoque concentra-se na melhora da consciência corporal, instruindo sobre a contração e existência da musculatura do assoalho pélvico, além de promover o fortalecimento dessa musculatura.

A fisioterapia dispõe de uma variedade de recursos não invasivos e economicamente acessíveis para abordar a anorgasmia, com potencial para reduzir e até mesmo resolver essa disfunção. Entre esses recursos, destaca-se a cinesioterapia, também conhecida como treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) ou exercícios de Kegel. Essa abordagem visa fortalecer os músculos do assoalho pélvico, incluindo o bulboesponjoso e o isquiocavernoso, que desempenham um papel fundamental na resposta motora da excitação e do orgasmo. Ao promover o aumento da vascularização nessa região, esses exercícios podem ser eficazes no tratamento da anorgasmia (Sousa, et al., 2020)

Os exercícios de Kegel, desenvolvidos pelo doutor Arnold Kegel nos Estados Unidos na década de 40, representaram uma inovação na promoção do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (Ferreira, 2014). Esses exercícios envolvem contrações sustentadas de seis segundos, com séries de dez repetições e intervalos de 30 segundos entre elas. Além disso, podem ser realizados em diferentes posições, como decúbito dorsal, posição ortostática, sentada, cócoras e de quatro apoios (Ramos; Oliveira, 2015). Eles também podem ser complementados por outras modalidades de cinesioterapia, como exercícios de ponte, mobilidade pélvica na bola suíça e cadeia cinética fechada (Almeida, 2017).

A prática desses exercícios contribui para o aumento da propriocepção e da atividade fisiológica da musculatura perineal, melhorando sua função e coordenação, o que pode resultar em uma maior capacidade de alcançar o orgasmo (Delgado et al., 2015).

Em 1948, o Dr. Kegel introduziu o Biofeedback como uma ferramenta na reabilitação do assoalho pélvico. Este método visa reeducar a musculatura pélvica através da colocação de eletrodos tanto na musculatura do assoalho pélvico quanto em músculos sinergistas, como o glúteo máximo, adutores e abdominais. O Biofeedback exerce um efeito modulatório sobre o sistema nervoso central, permitindo que o fisioterapeuta oriente a contração dos músculos do assoalho pélvico, excluindo os músculos sinergistas. Seu objetivo principal é capacitar a

paciente a aprimorar sua percepção e controle voluntário sobre esses músculos. Dessa forma, ele desempenha um papel crucial na garantia da aquisição eficaz, precisa e segura da participação da paciente durante o protocolo de reeducação (Delgado et al., 2015)

Essa abordagem terapêutica é conduzida com a paciente deitada de costas, com as pernas dobradas e afastadas. Uma sonda inflável é gentilmente inserida na vagina e então inflada. O terapeuta instrui a paciente a realizar contrações da musculatura pélvica, cuja atividade é visualizada em um visor. Através de estímulos visuais, táteis e auditivos, a paciente aprimora sua consciência e capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (Fitz et al., 2012). À medida que a paciente desenvolve essa percepção dos músculos do assoalho pélvico, ela gradualmente ganha força nos músculos agonistas e antagonistas e melhora sua capacidade de controle voluntário sobre essa musculatura (Silva, 2014).

De acordo com Horvath (2013), o Gyrokinesis é uma das técnicas que compõem o método Gyrotonic. Ele envolve uma série de exercícios que se concentram em movimentos circulares e articulares, integrados com os movimentos naturais da coluna vertebral. Esses movimentos são ritmados pela respiração e controlados pela ativação dos músculos do assoalho pélvico e abdominais profundos. Esta abordagem tem o potencial de aumentar a consciência corporal nas mulheres, ao mesmo tempo em que fortalece a musculatura pélvica. Os estímulos neuromusculares provenientes desses exercícios específicos podem contribuir para o aumento da libido, vitalidade e qualidade de vida

Em relação aos efeitos pretendidos pelo método Gyrokinesis e seus princípios fundamentais, Davis explica que Horvath desenvolveu um sistema que abrange todo o corpo, dispensando a necessidade de equipamentos, e estimula os órgãos internos por meio de movimentos fluidos e suaves que envolvem várias articulações e grupos musculares. Esses movimentos incorporam os princípios essenciais encontrados em práticas como ioga, tai chi, natação, dança e ginástica. A técnica tem sido adotada por uma variedade de pessoas, incluindo dançarinos, atletas, idosos e crianças (Davis, 2005).

4 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, qualitativa e exploratória, realizada através da busca por estudos científicos extraídos das bases de dados eletrônicos BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google acadêmico, Portal de periódicos CAPES. Este artigo contempla artigos cujo anos de publicação são de 2013 a 2023, nos idiomas português, inglês e espanhol, estudos de revisão sistemática, livros, estudos clínicos randomizados, dissertações de mestrados, teses de doutorados, estudos piloto, e artigos gratuitos estudos que possuíam como sua temática central fisioterapia e anorgasmia feminina foram adicionados, e estudos que relatam a eficácia da fisioterapia pélvica. Os descritores utilizados foram “Anorgasmia Feminina” “Tratamento Fisioterapêutico” “Disfunção Sexual” e inglês “*Sexual Dysfunction*” “AND “*Physiotherapy*”.

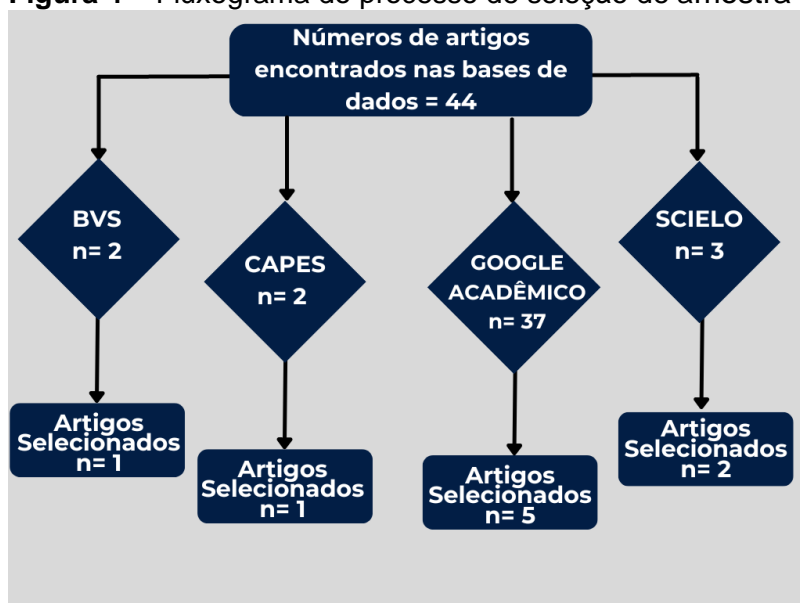
Como critérios excludentes incluem estudos que não tenham foco central na fisioterapia e anorgasmia feminina, estudos que não envolvam a anorgasmia em mulheres e estudos que relatam a eficácia de outros tratamentos menos da fisioterapia pélvica, e materiais que não contemplem o período supracitado.

Iniciou-se a análise de dados a partir da busca pelas respostas do problema da pesquisa, como afeta nas relações e a busca pelos benefícios que a fisioterapia pode oferecer quanto aos benefícios a longo prazo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se uma pesquisa nas principais bases de dados eletrônicas acerca dos artigos que contemplavam um tratamento fisioterapêutico para a anorgasmia, sendo encontrados 44 artigos. Destes, 37 artigos no Google acadêmico, 2 artigos na base de periódicos da CAPES, 2 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 3 no Scielo. Após análise foram excluídos 35 artigos por não contemplarem os mesmos objetivos deste estudo, artigos duplicados e estudos com mais de 5 anos de publicação, assim como demonstra o fluxograma abaixo.

Figura 4 – Fluxograma do processo de seleção de amostra



Fonte: Próprio Autor (2023).

Posteriormente realizou-se a leitura de títulos e resumos, como também os critérios de inclusão e exclusão. Nesta fase foram contemplados 9 estudos que respondiam a pergunta norteadora e os respectivos objetivos do presente trabalho, as etapas de seleção estão descritas no quadro abaixo.

Quadro 4 – Descrição dos estudos selecionados para a revisão.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Metodologia	Principais Resultados
Batista et al 2017	Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual	Analisar a influência da força sobre a função sexual feminina.	Foi realizado um estudo transversal com 26 mulheres entre 18 e 35 anos, sexualmente ativas. Foram avaliadas variáveis como força	Dentre as mulheres que apresentavam algum tipo de disfunção sexual, nenhuma possuía força da MAP igual ou superior ao grau 4

	feminina		da musculatura do assoalho pélvico, função sexual, desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, dor durante a relação e satisfação. Utilizou-se o questionário FSFI e medidas de força muscular com perineômetro Perina e palpação bidigital. A análise dos dados foi feita com o software SPSS, verificando as prevalências de disfunção sexual e investigando sua relação com a força muscular do assoalho pélvico usando o Coeficiente de Spearman.	na escala de Oxford, sugerindo relação entre disfunção sexual e músculo fraco. Apesar de alguns dados tenderam à associação, não foi encontrada significância estatística.
Brondani 2014	Influência do método pilates sobre a função do assoalho pélvico e sexualidade de mulheres sedentárias.	Têm como objetivo avaliar a influência do método pilates sobre a força muscular do assoalho pélvico (MAP) em mulheres sedentárias.	Foi conduzido um estudo transversal com abordagem quantitativa, quase experimental, envolvendo 9 mulheres jovens, sedentárias, sexualmente ativas e nulíparas. Elas foram submetidas a 10 sessões de Matpilates, com avaliação do assoalho pélvico por palpação bidigital, utilizando a classificação dos escores padronizados do Esquema Perfect e da Avaliação da Força Muscular do Assoalho Pélvico (AFA). Além disso, foi aplicado o questionário FSFI (Female Sexual Function Index) para avaliar a satisfação sexual das participantes	Os principais resultados encontrados mostram uma melhora significativa na Endurance e número de contrações rápidas do MAP, no entanto não houve diferença estatisticamente em relação ao escore geral e domínios à aplicação do FSFI.
Marraui 2023	Associação da educação sexual,	O estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da	Os métodos utilizados foram educação sexual,	O resultado obtido com o protocolo da associação das

	<p>cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso</p>	<p>associação das técnicas de cinesioterapia aplicada à musculatura do assoalho pélvico, massagem perineal e conscientização acerca da sexualidade das participantes</p>	<p>massagem perineal e cinesioterapia associada ao uso da sonda uroginecológica New PelviFit Trainer, como biofeedback visual, para promover conscientização e estimar os efeitos sobre a condição da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com relato de anorgasmia.</p>	<p>técnicas terapêuticas em mulheres com disfunção orgásmica apresentou melhora da função sexual feminina, aumento da força e do estado de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, avaliados pelo questionário Índice de Função Sexual Feminina, quantificados por meio da escala de Oxford modificada e da escala de avaliação de flexibilidade vaginal, respectivamente.</p>
<p>Da Costa et al 2018</p>	<p>Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico</p>	<p>Realizar uma intervenção educativa centrada em exercícios perineais de conscientização e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e, posteriormente, aplicar perineometria e palpação digital para avaliar sua eficácia.</p>	<p>A amostra foi constituída por 31 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. O assoalho pélvico foi avaliado através da palpação digital, pelo método PERFECT e pelos perineômetros Peritron (9300 +) e o Biofeedback pressórico, além da aplicação do questionário FSFI.</p>	<p>Verificou-se potencialização da força da MAP ao longo da intervenção e melhora da satisfação sexual, tendo influência positiva mais significativa nas respostas sexuais envolvendo desejo, excitação e orgasmo.</p>
<p>Darski et al 2016</p>	<p>Associação entre a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual em mulheres adultas jovens</p>	<p>Associar as medidas obtidas pela avaliação da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico com o escore de satisfação sexual de mulheres adultas jovens</p>	<p>Realizamos um estudo observacional e transversal com mulheres nulíparas, entre 20 e 40 anos de idade, cujo IMC fosse inferior a 25 kg/m² e que não tivessem queixas de disfunção do assoalho pélvico. Avaliamos a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico por meio do biofeedback pressórico Perina e da Escala Oxford. A satisfação sexual foi medida usando o questionário Quociente Sexual Feminino. Para a análise dos dados,</p>	<p>No estudo com 80 mulheres, divididas em dois grupos com base na funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, não foram observadas diferenças significativas na satisfação sexual, avaliada pela Escala Oxford. No entanto, foi identificada uma correlação fraca, mas significativa, entre a média de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico medida pelo biofeedback pressórico e o</p>

			utilizamos o teste de Correlação de Spearman, com um nível de significância de 5%	domínio de preliminares na satisfação sexual
De Sousa, de Souza, Figueredo, 2020.	Disfunções sexuais femininas: Recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico.	O objetivo deste estudo é apresentar recursos fisioterapêuticos para o fortalecimento do assoalho pélvico	Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, exploratória, de abordagem qualitativa, baseada em dados eletrônicos: PubMed, LILACS, SciELO, Google acadêmico, em língua portuguesa e inglesa. A busca dos dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2019.	A fisioterapia desempenhou um papel crucial no tratamento da anorgasmia feminina relacionada à fraqueza do assoalho pélvico, melhorando a consciência corporal, fortalecendo a musculatura do assoalho pélvico e aliviando desconforto. Isso resultou em uma melhora na atividade sexual e, conseqüentemente, em uma vida sexual mais satisfatória. Os principais recursos fisioterapêuticos utilizados incluíram cinesioterapia, cones vaginais, biofeedback e pilates
Meira et al 2019	Função sexual e qualidade de vida em mulheres climatéricas	O objetivo analisar a relação da função sexual e a qualidade devida em mulheres climatéricas.	Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, analítico. A coleta de dados foi realizada com 20 mulheres climatéricas com faixa etária de 38 a 60 anos. Como instrumentos foram utilizados questionários contendo dados sociodemográficos, o <i>Female Sexual Function Index</i> para avaliar a função sexual e o <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i> para analisar a qualidade de vida.	Foi observado que nas mulheres que possuem disfunção sexual no domínio excitação, a média está abaixo do ponto de corte, o que não ocorre com mulheres que não possuem disfunção ($p = 0,03$), o mesmo ocorre com os domínios orgasmo e satisfação. Na correlação da função sexual com a qualidade de vida, há significância estatística nos domínios físico ($p = 0,023$) e meio ambiente ($p = 0,049$).
Jacomin et al 2021	Efeito do fortalecimento com bolinhas de Ben Wa (BenDell) na função dos músculos do	O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de um programa de exercícios progressivos de fortalecimento utilizando as	Foi realizado um estudo de campo com uma amostra de conveniência composta por sete acadêmicas. O objetivo foi avaliar a	O resultado da pesquisa mostrou que 57,10% tiveram melhora no grau de força dos MAPs, 28,6% apresentaram melhora na

	assoalho pélvico e satisfação sexual em mulheres nulíparas.	bolinhas de Ben Wa BenDell® (30 e 50g) em mulheres jovens nulíparas sobre a função dos MAPs e satisfação sexual	satisfação sexual (usando o Questionário QSF) e a função dos músculos do assoalho pélvico antes e após um programa de exercícios com as bolinhas de Ben Wa. O programa consistiu em 10 sessões supervisionadas por uma fisioterapeuta, realizadas duas vezes por semana através do Google Meet, com progressão no grau de dificuldade de acordo com posições, repetições, tempo de contração e peso das bolinhas (30g e 50g). Após as 10 sessões, as voluntárias foram reavaliadas pela mesma pesquisadora	resistência desses músculos, 42,9% tiveram melhora das contrações rápidas, além da melhora da satisfação sexual, comparando-se antes e depois do programa de exercícios para os MAPs
Quinn et al 2019	Treinamento da musculatura do assoalho pélvico e percepção de satisfação sexual feminina por meio da técnica Gyrokinesis: um estudo piloto	Identificar se o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) por meio da técnica Gyrokinesis influencia na melhora da satisfação sexual e na qualidade de vida	Foi realizado um estudo clínico piloto com sete mulheres voluntárias, com idade média de 44 anos. O estudo avaliou a função sexual feminina (FSFI) e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) antes e depois da intervenção com um protocolo de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e conscientização corporal, utilizando a abordagem Gyrokinesis.	Houve uma diferença significativa no escore total da FSFI, demonstrando uma melhora na função sexual das participantes, além de alterações nas variáveis de satisfação sexual, domínio psicológico e relações sociais do WHOQOL-BREF.

Fonte: Próprio autor (2023).

Dos 9 artigos selecionados, 2 abordam o método pilates em relação à função da musculatura do assoalho pélvico, 2 combinam educação sexual com cinesioterapia e conscientização corporal, 2 avaliam a força e funcionalidade da MAP em relação à função sexual feminina, 1 analisa a qualidade de vida das mulheres utilizando os questionários Female Sexual Function Index para a função

sexual e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOLBREF) para a qualidade de vida, 1 discute a eficácia das bolinhas de Bem Dell para função e força do assoalho pélvico, e 1 explora a técnica menos conhecida, a *Gyrokinesis*.

Ao comparar os estudos de Darski (2016) e Batista et al (2017) no que se diz respeito a relação entre a força da musculatura do assoalho pélvico e sua influência na função sexual feminina, é possível observar uma divergência entre os autores.

As discordâncias surgem quando se trata da correlação entre a força muscular do assoalho pélvico e a função sexual, Darski (2016) não encontrou uma correlação significativa entre a força muscular e a satisfação sexual, sugerindo que a força muscular não é um determinante da satisfação sexual. Por outro lado, Batista et al. (2017) identificaram que a força muscular, embora importante, não é suficiente para prever a disfunção sexual. Cerca de 23,1% das voluntárias em seu estudo apresentaram dis-funções sexuais, como falta de desejo, problemas de lubrificação, disfunção orgástica e dor durante o sexo. Isso destaca a complexidade das disfunções sexuais femininas e a necessidade de considerar múltiplos fatores além da força muscular do assoalho pélvico na compreensão dessas condições.

De acordo com a análise de Costa et al (2018) realizaram um estudo com estudantes universitárias, fornecendo orientações em forma de cartilha detalhadas sobre exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico para serem realizados em casa. O estudo incluiu avaliações mensais, com o uso do Índice da Função Sexual Feminina (FSFI) e avaliações físicas do assoalho pélvico. Os resultados do estudo demonstraram um aumento significativo na força muscular do assoalho pélvico e melhorias nas respostas sexuais, incluindo desejo, excitação e orgasmo, indicando a eficácia da fisioterapia nesse contexto.

No estudo conduzido por Marrui (2023) com duas participantes, aplicando um protocolo cinesioterapêuticos associados a massagem perineal e educação sexual resultou em melhorias notáveis na função sexual. Os resultados destacaram um aumento na frequência de orgasmos, redução no desconforto durante a penetração e melhora na lubrificação vaginal. As participantes também demonstraram aumento na consciência corporal e no relaxamento dos músculos do assoalho pélvico. A avaliação por meio do Índice da Função Sexual Feminina (IFSF). Indicou melhorias abrangentes em todas as fases da resposta sexual, sugerindo uma função sexual aprimorada.

Ao comparar os estudos de Meira (2020) e Grego (2023) sobre disfunções sexuais em diferentes grupos de mulheres, observa-se que um estudo se concentra em mulheres no climatério, com idade média entre 46 e 52 anos, enquanto o outro aborda mulheres jovens. A diferença nos grupos etários naturalmente influencia os resultados.

Como observado no estudo de Grego (2015) identificou uma prevalência muito menor de anorgasmia (10%) entre as mulheres jovens, com a maioria delas desfrutando de uma função sexual positiva, ressaltou que muitas mulheres jovens podem hesitar em relatar distúrbios sexuais, fingindo prazer apenas para agradar o parceiro. Por outro lado, Meira (2020) relatou uma alta prevalência de disfunções sexuais no grupo de mulheres no climatério, com 85% da amostra apresentando algum tipo de disfunção, incluindo problemas nos domínios de excitação, orgasmo e satisfação sexual, como também identificou que as disfunções sexuais podem afetar negativamente a qualidade de vida, incluindo o domínio de meio ambiente. Isso sugere que as dificuldades na função sexual podem ter impactos mais amplos na vida das mulheres, que podem incluir relacionamentos e interações sociais.

Neste contexto, os estudos de Jacomin (2021) e Quinn (2019) investigaram abordagens específicas da fisioterapia, direcionadas ao fortalecimento do assoalho pélvico e à conscientização corporal, respectivamente.

Jacomin (2021) concentrou-se no treinamento com as bolinhas de Bem WA, revelando sua eficácia no fortalecimento do assoalho pélvico, melhoria na consciência corporal e satisfação sexual das participantes. Embora tenha tido uma amostra limitada, o método mostrou potencial para melhorar a qualidade de vida sexual.

Por outro lado, Quinn (2019) introduziu a técnica *Gyrokinesis*, observando diferenças significativas nos escores antes e depois da intervenção. Embora não tenha havido uma grande alteração na qualidade de vida geral, os aspectos relacionados à satisfação sexual e psicológica melhoraram. A abordagem destacou a importância da consciência corporal, potencializando a percepção sensorial durante o ato sexual, o que torna a experiência do orgasmo mais satisfatória.

A discussão sobre a anorgasmia feminina quanto aos seus impactos causados nas relações afetivas e o papel da fisioterapia pélvica revela a complexidade dessa condição e a necessidade de abordagens multifacetadas. Ao longo deste estudo, exploramos várias pesquisas que destacam a importância da

conscientização corporal, fortalecimento do assoalho pélvico e educação sexual como componentes fundamentais para a abordagem terapêutica.

Dentre as limitações encontradas para a realização deste trabalho destacam-se a escassez de estudos sobre a anorgasmia feminina e a falta de padronização no tratamento dificulta em concluir a melhor terapia para a disfunção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desses estudos ressalta não apenas a eficácia da fisioterapia pélvica na melhoria da função sexual feminina, mas também a necessidade de considerar o contexto emocional, social e psicológico das mulheres. É essencial reconhecer que a anorgasmia não é apenas uma disfunção física, mas um fenômeno complexo que pode ser influenciado por vários fatores.

Desta maneira é possível observar nesta revisão estudos que abordam a eficácia da fisioterapia e suas técnicas no tratamento da anorgasmia feminina, utilizando como principal recurso o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, proporcionando uma melhora na conscientização perineal e consequentemente gerando um resultado positivo no desejo, excitação e orgasmo.

Este estudo enfatiza a importância contínua da pesquisa, da educação e do desenvolvimento de intervenções personalizadas para melhor atender às necessidades individuais das mulheres que sofrem de anorgasmia. A fisioterapia pélvica, aliada a uma compreensão holística da sexualidade feminina, oferece uma abordagem promissora para a melhoria da qualidade de vida e saúde sexual das mulheres afetadas por essa disfunção.

REFERÊNCIAS

Abdo, C. H. N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 14, p. 89-90, 2009.

Abdo, C. H. N.; FLEURY, H. J. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 33, n. 3, p. 162–167, 2006.

Almeida, A. L. R.; Marsal, A.S. A **influência da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres**: estudo da eficácia da cinesioterapia. *Visão Universitária*, v. 3, n. 1, p. 109-128, 2015.

Anjos, G. P; Oliveira, C. Epidemiologia de anorgasmia em mulheres sexualmente ativas na faixa etária entre 18 a 60 anos na Fundação Hospital Adriano Jorge na cidade de Manaus–AM. **Revista Brasileira de Saúde Maternal e Infantil**, v. 7, n. 2.

Baracho, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

Barbosa, A. M. P. et al. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 677–682, nov. 2005.

Basson, R. Human sex-response cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001.

Braz, M. M. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. **Fisioterapia Brasil**, v. 5, n. 3, p. 188-193, 2004

Bernardes, A. Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino. **Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia**, 2011.

Bernardes, N. D. O. Eletroestimulação intravaginal no tratamento da dor pélvica crônica. **Campinas-SP [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas**, 2003.

Brondani, K. H. **Influência do método pilates sobre a função do assoalho pélvico e sexualidade de mulheres sedentárias**. Monografia. Santa Maria, RS: **Universidade Federal de Santa Maria**, 2014.

Campanari, C. S. D. O.; Sales, C. M. D. **Atuação Fisioterapêutica nas Disfunções Sexuais Femininas**. 2021.

Carvalho, S. I. N. Disfunções sexuais femininas. **Dissertação (Mestrado) Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas**. 2014.

Cerejo, A. C. Disfunção sexual feminina: Prevalência e fatores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701–20, 2006.

De Sousa, C. B; De Souza, V. S; Figueredo, R. C. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. **Multidebates**, v. 4, n. 2, p. 176-188, 2020.

De Luccas Batista, N. M. T et al. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n. 1, 2017.

Delgado, A. M; Ferreira, I. S. V; De Sousa, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **CATUSSABA-ISSN 2237-3608**, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2014.

Dias, J. C et al. Anorgasmia Feminina. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2015.

Figuerêdo Meira, L et al. Função sexual e qualidade de vida em mulheres climatéricas. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 1, 2019.

Fitz, F. F et al. Efeito da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, p. 505-510, 2012.

Horvath J. **Gyrokinesis®** Level 1 Foundation Training Course. Dingmans Ferry: **Gyrotonic**; 2013.

JACOMIN, P. B et al. Efeito do fortalecimento com bolinhas de Ben Wa (BenDell®) na função dos músculos do assoalho pélvico e satisfação sexual em mulheres nulíparas. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 117394-117409, 2021.

Junqueira, F.R.R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira. Ginecologia Obstetrícia**, 2008, 30.6: 312-21.

Kaplan, Hs. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1979.

Krakowsky, Y; Grober, E. D. Um guia prático para disfunção sexual feminina: uma revisão baseada em evidências para médicos no Canadá. **Jornal da Associação Urológica Canadense**, v. 6, pág. 211–6, 2018.

Lara, L. A et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 6, p. 312–321, jun. 2008.

Levin, R. J. O clitóris - Uma avaliação de sua função reprodutiva durante os anos férteis: Porque foi, e ainda é negligenciado em relatos de excitação sexual feminina. 2020.

Lucena, B. B. D; Abdo, C. H. N. O papel da ansiedade na (dis) função sexual. **Diagn Tratamento**. 2013.

Luria, M; Hochner C., D; Mock, M. Female sexual dysfunction: classification, epidemiology, diagnosis and treatment. **Harefuah**, v. 143, n. 11, p. 804-10, 838, 2004.

Luz, J. **A fisioterapia na disfunção sexual feminina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Atlântica. 2009.

Magno, L. D. P.; Fontes-Pereira, A. J.; Nunes, E. F. C. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 4, p. 8-8, 2011.

Marrui, L; Santos T. L; Rocha, S. A. Associação da educação sexual, cinesioterapia e terapia manual no tratamento de mulheres anorgásmicas: um estudo de caso. **Femina**. 2023;51(7):443-8.

Masters, W.; Johnson, V. O vínculo do prazer. **Rio de Janeiro: Record**, 1975.

Moreira, A.S. **Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop, 2017

Moreno, A.L. Fisioterapia em uroginecológica. 2 ed. **MANOLE**. 2009

Nascimento, S. M. do. Avaliação Fisioterapêutica da Força Muscular do Assoalho Pélvico na Mulher com Incontinência Urinária de Esforço após Cirurgia de Wertheim-Meigs: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 2, p. 157–163, 2009.

Netter, F. H. **Atlas de anatomia humana**. 7ª ed. RIO DE JANEIRO: Elsevier, 2019.

Parisotto, L. Disfunção do Orgasmo Feminino. São Paulo, 30 de nov. de 2006.

Pinheiro, Marcelo. **Anorgasmia**. São Paulo, 25 de jul de 2006.

Quinn, R. R. et al. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico e percepção de satisfação sexual feminina por meio da técnica Girocinese: um estudo piloto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 3, pág. 137-140, 2019.

Riesco, M. L. G. et al. Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: Correlação entre perineometria e palpação digital vaginal. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 1138-1144, 2010.

Rodrigues Jr, O. M. Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual. **São Paulo: Summus**, 2001.

Santos, R. R. et al. **Causas e tratamento da anorgasmia feminina: uma revisão da literatura**. Categoria: Clínico. 2021.

Sena, T. Os Relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: as sexualidades estatísticas em uma perspectiva das ciências humanas. 2007.

Silva, A. R. M. G. **Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher.** Dissertação (o Mestrado Integrado em Bioengenharia Ramo Engenharia Biomédica) Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. 2012.

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.

Sousa, K. R.; Barreira, S. A.; Da Silva, K. C. C. A importância da fisioterapia na anorgasmia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8. 2022.

Stephenson, R. G.; O'connor, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. In: Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia.** 2004. pág. 520-520.

Trindade, S.; Luzes, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Alumni-Revista Discente da UNIABEU**, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017
Unicamp, Campinas, 2003

Vasconcelos, E. C. L. M. Força e função muscular do assoalho pélvico: como avaliar? **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 6, p. 469-473, 2013

Vitiello, N.; Rodrigues Jr, O. M. **As Bases Anatômicas e Funcionais do exercício da sexualidade.** São Paulo: Iglu. 1997. p. 1 41-153.

Yagihara, C. T. (2019). **A (in) satisfação sexual feminina.**

Zorzi, R. Corpo humano: órgãos, sistemas e funcionamento. Editora Senac São Paulo, 2021.