X EPCC
Encontro Internacional de Produção Científica
24 a 26 de outubro de 2017
ISBN 978-85-459-0773-2

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ELETROTERAPIA E PILATES COMTRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM MULHERES COM DISFUNÇÃO SEXUAL

Valéria Lourenço da Silva [1], *Gabriela Roberta Campos Vaz* [2] *Kelley Cristina Coelho* [3]

[1]Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/CNPq - UniCesumar. valerialoren@hotmail.com
[2]Acadêmica do Curso, Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. gabrielacamposvaz@hotmail.com
[3]Orientadora, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. keleyfisio@hotmail.com

RESUMO

A Disfunção sexual feminina (DSF) é uma patologia que afeta uma grande parcela das mulheres brasileiras. No entanto, existem poucas pesquisas relacionadas ao assunto. A finalidade da presente pesquisa, é realizar um estudo comparativo dos tratamentos com Eletroterapia e Pilates, com o objetivo de obter melhora da dor, fortalecimento muscular e devolver a função sexual. As pacientes selecionadas passarão inicialmente por uma avaliação com questionários de qualidade de vida, sendo e eles o QSM e SF-36 e testes de força muscular: avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico (AFA) e Periometria (Biofeedback). Após avaliadas serão divididas em grupo A e B, onde A serão tratadas com Eletroterapia e B com Pilates. Cada grupo realizará dez sessões, divididas em duas vezes por semana, e após o tratamento as pacientes serão reavaliados com AFA e Periometria. Os dados serão comparados para determinar se houve melhora, e em qual método obteve maior eficácia. Os resultados esperados da pesquisa são de melhora da dor, fortalecimento muscular e devolver função sexual as mulheres tratadas.

PALAVRAS-CHAVE: Desejo Sexual Hipoativo; Qualidade de Vida; Sexualidade; Vaginismo.

.

1 INTRODUÇÃO

A disfunção sexual feminina é a incapacidade de interagir no relacionamento sexual com satisfação. Sendo caracterizada pelo vaginismo, dispareunia, desejo sexual hipoativo (DSH) e anorgasmia. Onde vaginismo é considerado uma síndrome psicossomática, em que ocorre uma contratura involuntária dos músculos perineais a qual impede, total ou parcialmente a penetração na vagina, impossibilitando o coito.

A dispareunia é definida como, a dor genital que ocorre antes, durante ou após o coito, na ausência de vaginismo. A recorrência da dor durante o coito pode causar forte angústia, ansiedade e dificuldades interpessoais, que levam as pacientes a reprimir o sexo. O DSH tem por definição, segundo a Associação Psiquiátrica Americana, como a deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual, suas causas orgânicas são raras, estão normalmente relacionadas à diminuição da testosterona, aumento da prolactina, baixo nível de hormônios tireoideanos, uso de alguns medicamentos, que podem causar reações negativas na resposta sexual. Já a anorgasmia é uma inibição recorrente ou persistente do orgasmo, manifestada por sua ausência ou retardo após uma fase de excitação sexual adequada em termos de foco, intensidade e duração (LARA; SILVA, 2008; ANTONIOLI; SIMÕES, 2009).

A DSF está relacionada com a desordem da resposta sexual feminina caracterizada pelas fases: desejo sexual, excitabilidade, orgasmo e resolução. O desejo sexual é a primeira fase do ciclo, que é influenciado por fatores cognitivos emocionais, comportamentais e fisiológicos, sendo o ponto gatilho para excitação. Estímulos auditivos, olfativos e de tato, levarão informações ao córtex e sistema límbico, assim darão origem à excitação; ações hormonais e de neurônios transmissores também irão influenciar essa fase. A segunda fase é a excitação, onde há a preparação para o ato sexual, e é caracterizada por uma reação orgânica generalizada de miotonia, vasocongestão tanto dos vasos genitais locais como da pele e lubrificação vaginal. A terceira fase é o orgasmo, que consiste em contrações reflexas ritmadas e involuntárias dos músculos perivaginais e perineais, a

ISBN 978-85-459-0773-2

intervalos de 0,8 segundos, essas contrações são visíveis no terço inferior da vagina, formando a plataforma orgásmica, onde os músculos e tecidos engrossados que circundam a entrada da vagina e também alguns dos músculos pélvicos. E a fase de resolução da resposta sexual feminina é caracterizada por um período de completo relaxamento e enorme sensação de bem-estar (LARA; SILVA, 2008; MENDONÇA; AMARAL, 2011).

Dentre as causas mais frequentes da disfunção sexual, é possível citar o déficit de estrogênio pela menopausa, disfunção sexual do parceiro, crença religiosa, baixa qualidade de vida, gravidez, doenças crônicas e o desuso da musculatura perineal, síndrome dolorosa miofascial e alterações posturais (LARA; SILVA, 2008).

Também pode ocorrer a dor superficial, devido a vulvovaginite, herpes genital, uretrite, atrofia vulvovaginal, irritantes (espermaticidas e látex), episiotomias, radioterapia local e traumas sexuais. A Dispareunia profunda, normalmente tem causas de trauma pélvico durante o intercurso sexual, doença inflamatória pélvica, fibromialgia, cirurgia abdominal, pélvica ou ginecológica, aderência pós-operatória, endometriose, tumores pélvicos e genitais; sintomas do trato urinário, incluindo bexiga hiperativa e/ou incontinência e infecções do trato urinário, cistite intersticial e cisto de ovário (OSIS,2010; BARACHO, 2012; ANTONIOLI; SIMÕES, 2009).

A sexualidade é um tema pouco abordado no âmbito escolar e familiar, levando a falta de conhecimento sobre a fisiologia da resposta sexual. Por este motivo, a maioria das mulheres, não procuram ajuda médica, nem mesmo com seu ginecologista, pois apenas uma parcela destes especialistas questionam sobre função sexual de suas pacientes (ANTONIOLI; SIMÕES, 2009; LARA; SILVA, 2008).

Segundo OSIS, 2010, 51% das mulheres brasileiras sofrem com algum tipo de disfunção sexual, podendo estar relacionado com multifatores que envolvem aspectos físicos, psicológicos, sociais ou até mesmo causas desconhecidas.

A partir do estudo questionou-se a eficácia que a fisioterapia contribuirá com a melhora na qualidade de vida das mulheres com alguma DSF, sob a hipótese que a Eletroestimulação e Pilates, que irão fortalecer os músculos do assoalho pélvico, diminuir a dor e devolver ou melhorar a função sexual.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo será uma série de casos realizados na clínica de fisioterapia, envolvendo mulheres com todas as disfunções sexuais na faixa etária de idade superior de 40 anos e inferior a 60 anos que serão divididas em dois grupos, A e B, onde A será submetido ao tratamento de Eletroestimulação e B, Pilates. Todas as pacientes passarão por uma avaliação minuciosa, com testes de qualidade de vida e força muscular.

Para avaliar a qualidade de vida será utilizado o questionário multidimensional SF-36 formado por 36 itens reunidos em dois grandes componentes denominados, físico e mental. O componente físico é composto pelos seguintes domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens); já o componente mental abrange domínios como vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens). Há uma questão de avaliação comparativa entre as condições atuais de saúde e as de há um ano. A avaliação de Qualidade da Saúde da Mulher (QSM), também será realizada, ela conta com 36 questões, oferecendo quatro alternativas como possibilidade para resposta. Suas questões são agrupadas em nove domínios, dispostos aleatoriamente, que avaliam: humor deprimido; sintomas somáticos; déficit cognitivo; sintomas vasomotores; ansiedade; função

ISBN 978-85-459-0773-2

sexual; problemas com o sono; problemas menstruais e atração. (PIMENTA; TORRES, 2008; NAHAS, 2009).

A avaliação da força muscular será através da AFA, que será realizada pela palpação bidigital e pela quantificação da contração perineal. O exame da palpação bidigital, onde os dedos indicador e médio do examinador serão introduzidos no canal vaginal, com a mão devidamente enluvada e untada em gel. Solicita-se à paciente que contraia musculatura ao redor dos dedos do examinador e sustentasse essa contração pelo tempo máximo que consegue. Para avaliação da força de contração e resistência da musculatura do assoalho pélvico será utilizada a escala de Ortiz graduada de 0 a 4, onde 0 é sem função perineal e 4 função perineal objetiva mantida por mais de cinco segundos. Será utilizado também para avaliar força muscular o teste Periometria (Biofedback) que registra os potenciais de ação das contrações musculares do assoalho pélvico e traduz sua intensidade em sinais visuais, por meio de escala numérica graduada de 0 a 46,4mmHg. Esse aparelho não diferencia as contrações dos músculos do períneo e do abdome. (RIESCO; CAROCI; SOUSA; FERREIRA 2010).

O tratamento com eletroestimulação, consiste na colocação de um eletrodo intra-vaginal com um dispositivo de aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro, onde será estabelecido o tempo de 20 minutos, na frequência 10 a 50 Hz e intensidade que varia de 0 a 100 mA, de acordo com a tolerância de cada paciente. É uma técnica com grande eficiência na conscientização do assoalho pélvico, reforço muscular e analgesia, devendo ser ajustada a um nível em que possa ser sentida o suficiente para que a contração da musculatura pélvica seja percebida durante a estimulação, mas nunca de forma desconfortável para a paciente. Cuidados devem ser tomados, pois existem contraindicações para o uso do mesmo em algumas situações, como gravidez confirmada ou suspeita; lesão ou infecções urinárias ou vaginais; alteração neurológica; queixa de retenção urinária; período menstrual; marca passo cardíaco ou implantes metálicos na região do quadril ou membros inferiores; câncer de colo uterino, reto ou geniturinário e diminuição da função cognitiva. (MORENO, 2009).

O Pilates tem como principal pilar o centro de força ou Powerhouse, onde se estende desde a base das costelas até a região inferior da pelve, formando um cinturão anterior e posterior, a pelve é um dos limites desse centro de força, os músculos dessa região são contraídos de uma forma recíproca durante o trabalho expiratório, necessitando muita concentração. Antes de realizar os exercícios, será feito o alongamento de cervical, membros inferiores e superiores e tronco.

Os exercícios realizados serão: Agachamento com apoio da bola na parede (paciente com a bola contra a parede entre a lombar e a torácica, se mantendo com a coluna ereta e as mãos no quadril, obtendo assim equilíbrio, os pés na largura do quadril e joelhos ligeiramente flexionados e alinhados aos tornozelos, a paciente subirá e descerá lentamente fazendo a bolar rolar realizando 3 séries de 10 repetições). A Ponte será realizada com o paciente em decúbito dorsal e joelhos flexionados, realizando a elevação do quadril, realizando nesta posição a ponte, permanece por 10 segundos, contraindo o abdômen, descer lentamente e repete por 3 vezes o exercício. A posição de Gato o paciente na posição de gato ou posição de quatro, mantendo-se sempre alinhado, elevar simultaneamente o braço direito e a perna esquerda, permanecer por 5 segundos e repetir por 5 vezes cada lado. O abdominal com bola suíça, o paciente em decúbito dorsal irá segurar a bola entre os tornozelos e elevar os membros inferiores, ao mesmo tempo elevar a cabeça e o tronco, com os membros superiores esticados em direção à bola, realizar o movimento lentamente e repetir 3 séries de 10 repetições. Na posição de prancha: a paciente em decúbito ventral, cotovelos flexionados e antebraços apoiados, cabeça alinhada olhando para o chão, pontas dos pés apoiados, elevar o corpo, realizando a prancha e manter por 8 segundos, repetindo por 10 vezes. Em todos os exercícios as pacientes deverão realizar contração dos abdominais, levando o umbigo em direção a

ISBN 978-85-459-0773-2

coluna em conjunto com a inspiração diafragmática, expirando com o freno labial, concentrando-se para realizar corretamente os exercícios, estes exercícios tem efeito positivo na vida sexual de mulheres, pois com o aumento da força dos músculos que se inserem no corpo cavernoso do clitóris, haveria melhor resposta do reflexo sensoriomotor (contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico durante o orgasmo), auxiliando na excitação e no orgasmo. (ANTONIOLI; SIMÕES, 2009; MORENO, 2009; MARQUES; BRAZ 2016; ABRAMI, 2012).

3 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com a pesquisa que haja melhora do quadro doloroso, fortalecimento muscular e devolver a função sexual, promovendo assim, benefícios na qualidade de vida pessoal e sexual em ambos os grupos quando submetidos ao tratamento fisioterapêutico, utilizando o pilates e a eletroestimulação.

Após o tratamento, as pacientes serão reavaliadas com o AFA e Periometria, determinando qual dos métodos obteve maior eficácia.

REFERÊNCIAS

ANTONIOLI Reny de Souza, SIMÕES Danyelle. **Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas**. Agoste de 2009.

BARACHO, Elza, **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5.ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LARA, Lúcia Alves da Silva, SILVA, Ana Carolina Japur de Sá Rosa, ROMÃO Adriana Peterson Mariano Salata, JORQUEIRA, Flavia Raquel Rosa. **Abordagem das disfunções sexuais femininas**. Junho de 2008.

MARQUES, Marcelle Gomes; BRAZ, Melissa Medeiros, **Efeito do método pilates sobre a função sexual feminina,** 2016.

MENDONÇA, Carolina Rodrigues, AMARAL, Waldemar Naves. **Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas** – revisão de literatura. Março 2011.

MORENO, Adriana L. **Fisioterapia em Uroginegologia** – 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

NAHAS, Eliana Aguiar Petri. **Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal**, 2009.

OSIS, Maria José Duarte. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas**. Maio de 2010.

PIMENTA, Fausto Aloisio Pedrosa; SIMIL, Fabricia Fonseca; TORRES, Henrique Oswaldo da Gama; AMARAL, Carlos Faria dos Santos; REZENDE, Camila Farnesse; COELHO, Thaissa Oliveira;

ISBN 978-85-459-0773-2

REZENDE, Nilton Alves. **Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36**, 2008.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; CAROCI, Adriana; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. **Avaliação da força muscular perineal durante a gestação e pós-parto: correlação entre perineometria e palpação digital vaginal**, 2010.

RODRIGUEZ, José, NUSSIO, Estefania Martinez. **Pilates, guia passo a passo, totalmente ilustrado**.1 ed. 2007.

SOUSA, Juliana Gonçalves; FERREIRA, Vanessa Ribeiro; OLIVEIRA, Ricardo Jacó; CESTAR, Cláudia Elaine. **Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com Incontinência Urinária**, 2010.

STEFFENHAGEN, Martiza Klein. **Manual da coluna**. 2 ed. Curitiba, 2004.