

# A RELAÇÃO DO GRAU DE FORÇA MUSCULAR DO ASSOALHO PÉLVICO COM A SATISFAÇÃO SEXUAL FEMININA

ANA TERRA ANDRADE RIBEIRO,  
CILA ANKIER

## RESUMO

Na maioria das vezes, a busca pela satisfação sexual vem desvinculada do conhecimento do próprio corpo e da prática sexual. O assoalho pélvico é uma rede muscular que fecha a parte inferior da pelve e tem por função exercer o controle sobre a continência urinária, fecal e a atividade sexual. A sexualidade está diretamente ligada a essa musculatura, pois ela é responsável pela dinâmica vaginal que contribui para o aumento das sensações de prazer tanto para a mulher quanto para o parceiro, o que permite uma maior satisfação nas relações sexuais. Foram estudadas 19 mulheres sexualmente ativas e nuligestas com o objetivo de investigar a relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina. A força muscular foi avaliada por meio do toque bidigital que seguiu o método PERFECT e o emprego do aparelho biofeedback manométrico; e a satisfação sexual, pelo questionário GRISS - Inventário de Satisfação Sexual de Colombok e Rust, que avalia o

comportamento e o funcionamento sexual. Observou-se que quanto mais baixa foi a graduação de força muscular (Graus II, III e IV) maior foi a incidência das queixas sexuais que, no GRISS, se caracterizaram por infrequência sexual, vaginismo e anorgasmia. De acordo com o PERFECT, as mulheres com força muscular máxima (Grau V) não apresentaram nenhuma queixa sexual. O que permitiu concluir que a musculatura pélvica estando saudável e forte propicia maior satisfação sexual.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a sexualidade vem sendo reconhecida como um dos pilares da qualidade de vida tanto dos homens quanto das mulheres, e cada vez mais desperta o interesse dos profissionais da saúde e aumenta seu cuidado em abordar o tema com seus pacientes. Na mulher, seu papel é fundamental para a saúde, pois tem reflexos em sua autoestima, sua personalidade e seu relacionamento com o parceiro. Dessa forma, a busca e a manutenção

de uma relação sexual e afetiva adequadas são ações importantes para a manifestação e a percepção do bem-estar.

Os aspectos envolvidos na função e na expressão da sexualidade humana estão relacionados aos fatores biológicos, sócio-culturais e psicológicos. Ainda hoje, a mulher tem sua vida sexual prejudicada por causas culturais e tabus que geram vergonha e culpa, isso faz com que ela conheça pouco ou nada sobre sua anatomia genital e o que pode levá-la ao prazer e à satisfação sexual. O desempenho sexual não se refere apenas às técnicas de relacionamento e à estimulação entre os parceiros, mas também à propriocepção e à habilidade física da ação muscular individual do assoalho pélvico. Músculos genitais sadios e volumosos contraídos de forma consciente e voluntária ajudam a aumentar as sensações vaginais durante o ato e a trazer maior satisfação sexual (Etienne e Waitman, 2006; Círico, 2007; Gotardo, 2007; Piasarolli *et al.*, 2010).

## ASSOALHO PÉLVICO

O assoalho pélvico é formado pelos tecidos que preenchem o espaço entre o púbis e o cóccix, assim como os outros músculos esqueléticos, caracterizam-se por serem controlados voluntariamente (Grazziottin e Giraldo, 2006; Círico, 2007; Gotardo, 2007; Palma e Portugal, 2009).

Os músculos do assoalho pélvico (AP) têm a função de conter e manter os órgãos abdominais e pélvicos em seu lugar, exercer o controle sobre a continência urinária, fecal e a atividade sexual e equilibrar os efeitos da pressão intra-abdominal e vaginal. É composto das seguintes estruturas tubulares: uretra e vagina (na parte anterior) e o ânus (na parte posterior); e dos seguintes músculos (Silva e Silva, 2003; Gotardo, 2007):

- *bulbo-esponjosos*: que envolvem o orifício da vagina, estão inseridos na base do corpo do clitóris, na atividade sexual, quando contraídos, puxam o clitóris para baixo, comprimem a veia dorsal profunda, faz com que ele aumente de tamanho e facilite a ereção de seus tecidos;

• *ísquio-cavernoso*: que encobre a superfície da crura clitoridiana, ao comprimi-la, retarda a saída do fluxo sanguíneo durante a excitação sexual, com isso mantém a ereção do clitóris;

• *transversos perineais e esfínter uretral*: que desempenham a mesma função;

• *pubococcígeos e coccígeos*: que formam o diafragma muscular que dá apoio às vísceras;

• *levantadores do ânus*: que colaboram para manter o tônus vaginal.

O entendimento dessas funções é importante para que se possa reconhecer a musculatura normal, seu papel no ato sexual e sua contribuição na expressão motora da resposta sexual.

A integridade ou não dos músculos da região perineal influencia a função sexual. Por exemplo: hipertonia está associada com vaginismo, dispareunia adquirida, vestibulite e dificuldades para obter orgasmo durante a relação sexual; hipotonia e debilidade contribuem para a incapacidade orgástica; lesão nas fibras do pubococcígeo (principalmente quando ocorre durante o parto) pode afetar a sensibilidade da vagina e provocar dificuldades orgásmicas; a redução da musculatura perivaginal pode interferir na experiência orgástica; pressão vaginal inferior a 30 mmHg ao exame com o *biofeedback* pode ser um indicativo de que há disfunção sexual (Graziottin e Giraldi, 2006; Da Ros *et al.*, 2009; Piasarolli *et al.*, 2010).



Os músculos do AP são formados por fibras musculares estriadas esqueléticas de dois tipos (Rett *et al.*, 2005; Círico, 2007; Gotardo, 2007):

• *Tipo I*: são responsáveis pelas contrações lentas, têm melhor suprimento de sangue (fibras vermelhas, tônicas), na fadiga são altamente resistentes a exercícios aeróbios prolongados;

• *Tipo II*: apresentam contrações rápidas, têm menos suprimento de sangue (fibras brancas – fásicas), de fadiga mais rápida, são estimuladas quando há contrações musculares intensas e atividades rápidas que durem pouco. Esta é a fibra que está diretamente relacionada com o momento do orgasmo.

Porém, ambas têm sua importância na atividade sexual visto que é necessário um melhor trofismo para obter melhor atrito

do canal vaginal com o pênis.

Dessa forma, como qualquer outro músculo esquelético, eles têm a propriedade de aumentar o tônus e a resistência das fibras tônicas e a força de resposta rápida das fibras fásicas.

A maioria das mulheres são incapazes de contrair voluntariamente os músculos do assoalho pélvico, sob demanda, uma vez que raramente os utilizam de forma consciente, assim, na fisioterapia foram desenvolvidos métodos de alta qualidade tanto para medir a função e a força dessa musculatura, quanto para tratá-los quando necessário. Estudos apontam que mais de 30% das mulheres não fazem a contração correta na primeira vez. O erro mais comum é contrair os músculos acessórios como os glúteos, adutores e abdominais. Por isso é imprescindível que elas sejam treinadas em como fazer a contração correta e a for-

ça muscular seja medida antes e após o treinamento para se ter um parâmetro diferencial (Bø e Sherburn, 2005).

O estado de maior prazer sentido durante o ato sexual ou a masturbação é o orgasmo, que é um reflexo sensório-motor caracterizado por contração vigorosa do assoalho pélvico e contração involuntária do músculo levanteador do ânus, são esses fatores que determinam o grau de força muscular. Assim, conhecer o próprio corpo e explorar a região perineal aumenta a percepção e favorece a intensificação do desejo sexual e do orgasmo (Bianco e Braz, 2004; Gotardo, 2007; Da Ros *et al.*, 2009).

## AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

O método fisioterapêutico mais utilizado para avaliar e medir a habilidade da força de contração muscular perineal, consiste em:

• *Exame físico*: verifica a função do AP em repouso e durante as atividades com relação à coordenação, tônus e força, e avalia o grau da contração (voluntária e involuntária) e do relaxamento dos músculos; e é realizado por palpação intravaginal. O fisioterapeuta introduz um ou dois dedos no terço distal da vagina e pede para a paciente contrair os músculos em torno do(s) dedo(s) com a maior força possível e mantê-la (Berghmans, 2009).

• *Avaliação com biofeedback eletromiográfico ou manométrico*: mede a atividade dos músculos durante a contração: o de eletromiografia mede a atividade elétrica do músculo e

o manométrico, a pressão da contração; o intramuscular com eletrodos detecta a atividade dos músculos pequenos e profundos e o de superfície, dos músculos grandes e superficiais em repouso (o tônus basal do músculo) e em contração voluntária (a máxima amplitude e a curta duração das fibras fásicas; e a menor amplitude e o maior tempo de duração das fibras tônicas). O fato de a paciente ver na tela do computador o gráfico (no modelo eletromiográfico), os sinais luminosos (no modelo manométrico) da atividade dos músculos durante as contrações e/ou ouvir o sinal sonoro emitido pelos sensores, auxilia sua percepção cinestésica do movimento e a diferenciação da contração tanto dos músculos solicitados quanto dos indesejados (como glúteos, adutores ou abdominais) (Bø e Sherburn, 2005; Rett *et al.*, 2005; Capelini *et al.*, 2006; Nascimento, 2009).

## INVESTIGAÇÃO SEXUAL

Ao investigar a satisfação e os problemas sexuais dos pacientes, um aspecto importante a ser levado em conta é se os parceiros apresentam algum tipo de disfunção, a qual pode ser tanto a causa quanto a consequência. O processo pode começar com uma insatisfação, seguir com uma disfunção, e se desenvolver até chegar a uma patologia severa. Assim, a insatisfação pode ser o prenúncio e a satisfação a consequência do tratamento bem sucedido da disfunção (Althof *et al.*, 2006; Graziottin *et al.*, 2006).

Dessa forma, quando os homens forem avaliados, verificar se as parceiras apresentam: desejo hipoativo, aversão sexual, distúrbios de orgasmo e/ou excitação, dispareunia, vaginismo, se sofreram algum tipo de abuso sexual, entre os mais importantes e frequentes (Abdo, 2000; Torres *et al.*, 2002; Althof *et al.*, 2006; Graziottin *et al.*, 2006).

E quando as mulheres forem avaliadas, verificar se os parceiros apresentam: disfunção erétil, desordens de ejaculação (precoce/rápida, retardada, anejaculação), doença de Peyronie, desejo hipoativo, priapismo, dispareunia, disfunções após procedimentos cirúrgicos e/ou seus tratamentos (exemplo: prostatectomia radical), DAEM – Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (também chamada de andropausa), entre os mais importantes e frequentes (Abdo, 2000; Torres *et al.*, 2002; Althof *et al.*, 2006; Graziottin *et al.*, 2006).

Diante dessas considerações, o objetivo desse trabalho foi investigar a relação do grau de força muscular do assoalho pélvico com a satisfação sexual feminina.

*Quando avaliar a vida sexual de um homem e/ou de uma mulher investigue se suas parcerias apresentam algum tipo de disfunção sexual que pode estar interferindo na qualidade de vida de ambos.*



## MÉTODOS

### AMOSTRA

Foram encaminhadas à clínica escola CASA, do Centro Universitário da Bahia, localizado na cidade de Salvador, Brasil, para avaliação, 35 mulheres sexualmente ativas, com idade entre 20 e 35 anos.

Os critérios de exclusão foram: presença de distopia genital, cirurgia ginecológica realizada, usuárias de qualquer medicamento de uso contínuo e alterações cognitivas que pudessem impedir a interação com a examinadora e a avaliação funcional.

Os critérios de inclusão foram: mulheres saudáveis, nuligestas, com pelo menos um ano de vida sexual ativa e relacionamento estável.

Das 35 mulheres encaminhadas, aquelas que preencheram os critérios de inclusão, assinaram o termo de consentimento, e fizeram parte do estudo foram 19, com idades entre 20 e 32 anos (média de 24 anos).

A avaliação do grau de força muscular e da satisfação sexual seguiu a seguinte ordem: primeiro foi realizada uma anamnese com entrevista semiestruturada; depois, o exame físico com toque bidigital e aparelho de *biofeedback* manométrico, quando foram estabelecidos os graus de força muscular por meio do método PERFECT; e no final, a aplicação do questionário de satisfação sexual GRISS.

## AVALIAÇÃO

### 1. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Durante a entrevista, com roteiro semiestruturado, foram coletadas informações sobre: o tempo de vida sexual ativa; a frequência sexual semanal; as queixas sobre a vida sexual; a qualidade do relacionamento com o parceiro.

### 2. EXAME FÍSICO

O exame físico de todas as mulheres foi realizado pela mesma examinadora fisioterapeuta por meio de toque bidigital para avaliar a sensibilidade da região pélvico-genital; os reflexos clitoriano, bulbocavernoso e anulocutâneo; e a consciência perineal.

A paciente era posicionada em decúbito dorsal com os membros inferiores em flexão do quadril a aproximadamente 60° e flexão dos joelhos a 45°.

O exame de toque bidigital iniciou com a introdução dos dedos indicador e médio (com uso de luva e gel lubrificante) na vagina, aproximadamente de 4 a 6 cm, e posicionados a 60° à direita e 60° à esquerda; para monitorar a atividade muscular, foi realizada uma pressão moderada na massa para orientar o início da contração muscular adequada e investigar a presença de pontos de tensão. Posteriormente foi solicitado para que ela contraísse e mantivesse a contração somente dos músculos perineais ao redor dos dedos (como se fosse segurar “um gás”). A capacidade da força de contra-

ção dessa musculatura foi graduada com o valor de 0 a 5, de acordo com a escala do PERFECT.

### 3. BIOFEEDBACK

O aparelho de *biofeedback* utilizado para medir a força muscular perineal foi o Perina 996® (QUARK), manométrico, com graduação de 0 a 46,4 mmHg, equipado com sonda uroginecológica em látex revestida com o preservativo masculino Olla® (Microtex) sem lubrificação e devidamente lubrificado com o lubrificante vaginal KY® (Johnson) que avaliou apenas as fibras musculares fásicas.

Antes da realização do exame foi feito um treinamento para que a paciente obtivesse total consciência sobre a manobra a ser solicitada. A finalidade foi mensurar a pressão dos músculos perineais de forma isolada (sem compensação de outros músculos acessórios como glúteo, abdômen e adutores que normalmente acontece quando a paciente não conhece o movimento ou não tem força).

Para o exame, a sonda foi posicionada no canal vaginal, insuflada de acordo com a sensibilidade de cada paciente; aguardava-se alguns segundos para ocorrer a adaptação e o ajuste da temperatura corporal ao equipamento.

O procedimento de avaliação pressórica com a voluntária posicionada, foi realizado da seguinte maneira: foi solicitado que ela fizesse três contrações rápidas (com a força máxima do períneo), mantivesse-as por dois segundos; entre a contração e

o relaxamento ela descansava por 4 segundos, depois ela seguia para uma nova contração. Foi considerada a contração de maior pressão.

### 4. MÉTODO PERFECT

O PERFECT é um acrônimo para o método de avaliação dos componentes contráteis dos músculos do assoalho pélvico (Laycock e Jerwood, 2001; Bø e Sherburn, 2006):

*P = Power/pressure:* é a medida da força muscular ao se usar um aparelho de *biofeedback* manométrico e/ou o toque digital durante a contração voluntária máxima, segundo a escala modificada de Oxford em:

*Grau 0 - sem contração perineal visível, nem à palpação (ausência de contração);*

*Grau 1 - sem contração perineal visível, contração reconhecível somente à palpação;*

*Grau 2 - contração perineal fraca, contração fraca à palpação;*

*Grau 3 - contração perineal presente e resistência não opositora à palpação;*

*Grau 4 - contração perineal presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação; e*

*Grau 5 - contração perineal presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação.*

*E = Endurance (duração):* a quantidade de tempo que a contração

é mantida e sustentada, preferencialmente, acima de 10 segundos, antes que a força seja reduzida em 35% ou mais;

*R = Repetição:* número de contrações mantidas, por exemplo Grau 2, com manutenção de 3 segundos, repetidas 6 vezes, com 4 segundos de descanso entre elas;

*F = Fast:* número das contrações rápidas (contração e relaxamento o mais rápido e o mais forte possível), medido após, pelo menos um minuto de descanso, e acima de 10 contrações;

*E = Every, C = Contractions, T = Timed:* para o examinador medir e registrar o tempo e a sequência dos eventos pela crono-

metragem de todas as contrações. Cabe ao fisioterapeuta monitorar a habilidade de relaxamento rápido e completo. Um relaxamento parcial ou muito lento significa uma coordenação insatisfatória e um relaxamento total e rápido significa uma coordenação satisfatória; esse teste completa o exame vaginal.

### 5. INVENTÁRIO GRISS

O GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) Inventário de Satisfação Sexual de Colombok e Rust – versão feminina – avalia o comportamento e o funcionamento sexual da mulher (Golombok e Rust, 1986).



Ele é composto de 28 perguntas que visam: medir a função, a resposta e a satisfação feminina; fornecer dados para o diagnóstico clínico e psíquico da paciente; e verificar a qualidade do relacionamento com o parceiro e como ele afeta a vida da mulher.

Há um escore geral e escores específicos para os seguintes aspectos:

**INF:** infrequência sexual, quantidade semanal de relações sexuais do casal;

**NCO:** não há comunicação sexual, qual a capacidade do casal falar sobre qualquer problema sexual;

**DISF:** insatisfação sexual, o quanto a mulher está insatisfeita com seu parceiro sexual;

**AVF:** evitação sexual, o quanto a mulher ativamente evita a relação sexual;

**NSF:** falta de expressão de sensualidade, o quanto a mulher obtém prazer com o toque e as carícias;

**VAG:** vaginismo, qualquer tensão em torno da vagina que interfira com o sexo;

**ANORG:** anorgasmia, qual a capacidade da mulher obter orgasmo.

A nota dada para cada aspecto varia de 0 a 9, refere-se à frequência (nunca, quase nunca, ocasionalmente, geralmente, sempre) e à intensidade dos eventos observados e experimentados (de nenhuma até a mais alta).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### APRESENTAÇÃO GERAL

Na tabela 1 e figura 1 observa-se a distribuição das 19 mulheres desse estudo de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico avaliado pelo

*biofeedback* e exame físico. A maioria (36,84% - 7/19) pertence ao grupo Grau III e a minoria (15,79 - 3/19) ao Grau II, ambos os grupos representam um pouco mais da metade (52,63% - 10/19) correspondendo à força muscular mais fraca (mmHg médio de 10,60 e 18,28). Aquelas que apresentaram o maior grau de força (V) representam 21,05% da amostra, com o maior valor médio de 32,60 mmHg.

Das sete áreas de satisfação sexual classificadas pelo GRISS, nessa amostra, houve respostas em apenas três: vaginismo, infrequência sexual e anorgasmia. Porém, vale ressaltar que embora os resultados do GRISS apresentem vaginismo, foi possível fazer o toque vaginal e usar o *biofeedback* em todas as mulheres; e foi avaliado pela examinadora que elas apresentavam apenas dor e desconforto durante a relação sexual. Nesse estudo, observou-se que em termos percentuais, quanto menor foi o grau de força muscular, maior foi a taxa de respostas do GRISS que levaram à classificação de vaginismo, de 67% no Grau II (menos força) para 40% no Grau IV (mais força). Quanto à frequência sexual, ocorreu o mesmo, de 100% no Grau II (menos força) para 20% no Grau IV (mais força). Em toda a amostra, apenas uma mulher, do grupo Grau III, apresentou anorgasmia (14%) (Tabela 2).

Comparando-se os dados apresentados na tabela 1 com os da tabela 2, verifica-se que o maior grau de força muscular (Grau V = 32,60 mmHg), correspondeu a nenhuma queixa sexual (Grau V = vaginismo, infrequência sexual e anorgasmia (0)); enquanto o

Tabela 1. Distribuição das mulheres desse estudo pelos grupos de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico medido pelo *biofeedback*.

Grupo	Número	%	Biofeedback mmHg (média)
Grau 0	0	/	/
Grau I	0	/	/
Grau II	3	15,79	10,60
Grau III	7	36,84	18,28
Grau IV	5	26,32	26,00
Grau V	4	21,05	32,60
Total	19	100,00	/

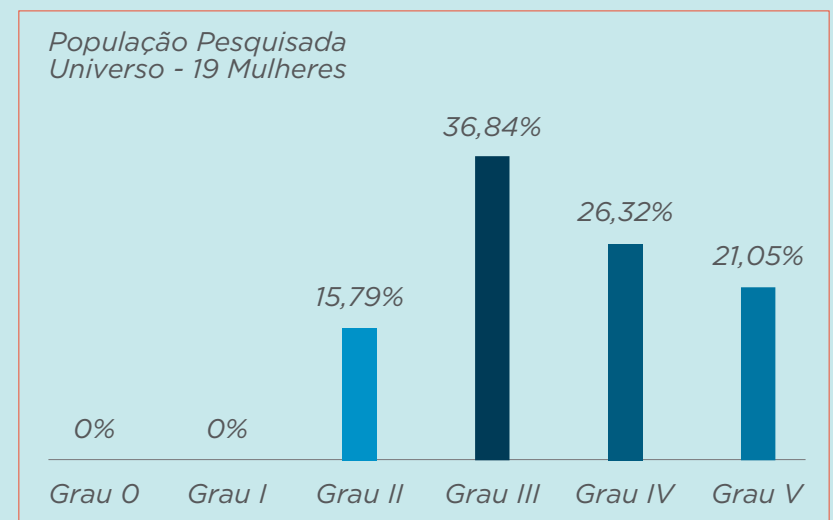


Figura 1. Distribuição da população estudada de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico medido pelo *biofeedback* e exame físico.

Tabela 2. Distribuição das mulheres desse estudo pelos grupos de acordo com o grau de força muscular do assoalho pélvico e suas respostas ao questionário GRISS.

Grupo	Nº	Vaginismo N(%)	Infrequência sexual N(%)	Anorgasmia N(%)
Grau 0	/	/	/	/
Grau I	/	/	/	/
Grau II	3	2(67)	3(100)	/
Grau III	7	4(57)	5(71)	1(14)
Grau IV	5	2(40)	1(20)	/
Grau V	4	/	/	/

menor grau de força (Grau II = 10,60 mmHg) correspondeu às maiores taxas de queixas sexuais (Grau II = vaginismo (67%), infrequência sexual (100%).

## APRESENTAÇÃO POR GRAU DE FORÇA

O Grupo Grau II caracteriza-se pela presença de contração de pequena intensidade, mas que é sustentada (segundo o PERFECT). Nesse grupo, o tempo de vida sexual ativa apresentou média de 2,6 anos; a frequência sexual semanal média foi de 1,33 vezes; e a média do grau de força muscular medido pelo *biofeedback* correspondeu a 10,6 mmHg.

A queixa sexual mais frequente apresentada nesse grupo foi relacionada à frequência sexual, que no GRISS é avaliada pelas seguintes perguntas:

- 3 “Existem semanas que você não tem nenhuma relação sexual?”
- 15 “Você tem relação sexual mais que duas vezes por semana?”

A soma da pontuação das respostas a essas duas perguntas foi inferior a cinco caracterizando infrequência sexual que correspondeu a 100% (3/3), o que representa um desinteresse sexual e/ou uma prática sexual reduzida (*Figura 2*).

Embora as desordens de desejo sexual sejam relacionadas a problemas orgânicos (como doenças sistêmicas, deficiência de testosterona e uso de medicamentos ou mesmo de causa psicológica, influências sociais e culturais), nesse estudo, foi pos-

sível correlacionar a queixa com a idade média das voluntárias e o tempo de iniciação sexual, visto que são mulheres jovens, com idade média de 24 anos e vida sexual de 2,6 anos, o que muitas vezes justifica a baixa oportunidade dos eventos sexuais e até mesmo experiências pouco prazerosas pelo pouco conhecimento do próprio corpo. A relação do grau de força muscular e a satisfação sexual nesse grupo pode se justificar pelo relato de Gotardo (2007) que defende que o número de relações sexuais mantidas semanalmente influencia no grau de força muscular do assoalho pélvico.

Outra queixa evidenciada nesse grupo foi de dor e/ou desconforto à penetração que correspondeu a 67% (2/3 das mulheres) e não foi encontrada nenhuma queixa que correspondesse a um diagnóstico de anorgasmia (*Figura 2*).

O Grupo Grau III caracteriza-se pela contração moderada, porém incapaz de vencer a resistência (segundo o PERFECT). Nesse grupo, o tempo de vida sexual ativa apresentou média de 7,4 anos; a frequência sexual semanal média foi de 1,42 vezes; e o grau de força medido pelo *biofeedback* apresentou média de 18,28 mmHg.

Esse foi o único grupo que apresentou a queixa sexual de anorgasmia. No GRISS as seguintes perguntas avaliam a capacidade orgástica:

- 8 “Você consegue ter orgasmo com seu parceiro?”
- 14 “Você acha impossível ter um orgasmo?”

### Grau II - Disfunções Encontradas

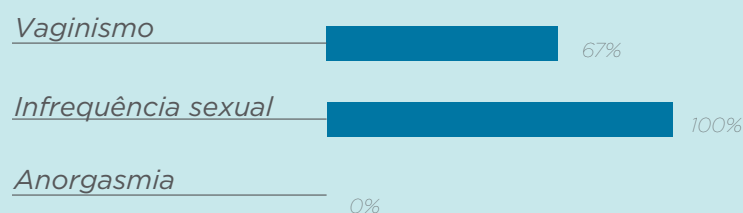


Figura 2. Relação da força muscular Grau II com as disfunções sexuais encontradas na população desse grupo.

### Grau III - Disfunções Encontradas

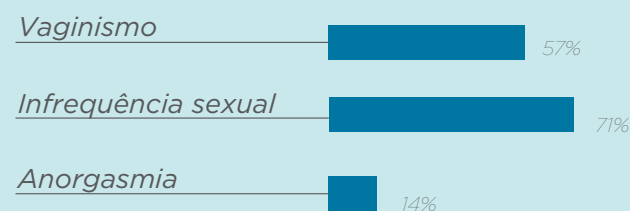


Figura 3. Relação da força muscular Grau III com as disfunções sexuais encontradas nesse grupo.

- 21 “Você consegue ter orgasmo quando seu parceiro estimula seu clitóris durante as carícias iniciais?”
- 28 “Acontece de você não ter orgasmo durante a penetração?”

A soma da pontuação dessas quatro respostas foi inferior ao valor de cinco que caracteriza anorgasmia apresentada por apenas uma mulher (14%).

Como o prazer e a sensibilidade vaginais são fisicamente dependentes do tônus dos músculos perivaginais, sua força e seu tônus podem interferir na experiência orgástica. Além disso, as mulheres jovens são mais passíveis de não ter orgasmo por causa do início precoce de sua vida sexual, assim como de sua inexperiência e desconhecimento de seu corpo que dificultam a

chegada ao clímax. Porém, com o passar do tempo, uma vida sexual ativa, com a experiência, elas aprendem a desenvolver sua capacidade orgástica e a conhecer melhor seu corpo (Bianco e Braz, 2004; Da Ros *et al.*, 2009).

Embora a faixa etária das mulheres dessa amostra seja jovem (de 20 a 32 anos), o fato de apenas uma mulher ter se queixado de anorgasmia, talvez possa ser explicado pelo tempo de vida sexual ativa, média de 7,4 anos, que contribuiu com uma maior experiência e um melhor conhecimento do corpo.

Além da anorgasmia, foi identificado que 71% (5/7) da população desse grupo apresentou baixa frequência sexual e 57% (4/7) referiu dor e/ou desconforto à penetração (*Figura 3*).

O Grupo Grau IV caracteriza-se pela contração satisfatória (segundo o PERFECT); tempo de vida sexual ativa correspondente a 4,6 anos; frequência sexual de 2,6 vezes por semana; e média do *biofeedback* igual a 26 mmHg.

A queixa sexual mais frequente apresentada nesse grupo foi relacionada ao vaginismo, cuja classificação no GRISS é verificada pelas seguintes perguntas:

- 6 “Você acha que sua vagina é tão apertada que o pênis do seu parceiro não pode entrar?”
- 11 “É possível colocar seu dedo em sua vagina sem desconforto?”
- 17 “Seu parceiro consegue por seu pênis em sua vagina sem desconforto?”
- 24 “Você acha que sua vagina é tão apertada que seu parceiro não pode penetrar muito fundo?”

A soma da pontuação dada a essas quatro respostas foi inferior a cinco caracterizando vaginismo, que correspondeu a 40% (2/5) da população desse grupo.

As disfunções sexuais que envolvem dor relacionam-se à dispareunia e ao vaginismo. A dispareunia ocorre quando a relação sexual é caracterizada pela dor genital recorrente ou persistente. O vaginismo é um espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço externo da vagina que impede a penetração e normalmente é desencadeado pelo medo da penetração, com etiologia consciente ou inconsciente (Da Ros *et al.*, 2009).

Para algumas mulheres, o coito, ao invés de trazer gratificação sensorial e emocional, é marcado pelo desconforto e pela dor. Para Costa (2006), o componente básico do vaginismo é o medo, pois não há nenhuma alteração anatômica ou patologia orgânica. A contração perineal seria como um “reflexo de defesa”, cujas origens estariam nas experiências traumáticas anteriores, educação severa em relação ao sexo, a falta de conhecimento do próprio corpo, ou seja, vivências e concepções negativas estão na causa do problema, levando à ansiedade, medo, contração e dor.

Embora a análise do GRISS nesse grupo tenha indicado que 40% das mulheres tenha apresentado vaginismo, em todas foi possível realizar a avaliação do assoalho pélvico tanto com o toque bidigital, quanto com o *biofeedback* manométrico, no entanto, observou-se uma grande queixa de dor e desconforto à penetração.

A baixa frequência sexual representou 20% (1/5) e ninguém apresentou anorgasmia (Figura 4).

O Grupo Grau V caracteriza-se por contração forte (segundo o PERFECT); tempo de vida sexual ativa média de 8 anos; frequência sexual semanal correspondente a 3,25 vezes; e no *biofeedback* 32,6 mmHg médio.

Na avaliação da satisfação sexual (GRISS) desse grupo não foi encontrada nenhuma queixa sexual com relevância estatística (Figura 5). Esse achado vai de encontro a alguns autores como Silva e Silva (2003), que em seu estudo sugerem que os músculos sadios são volumosos, o que os torna capacitados a suportar

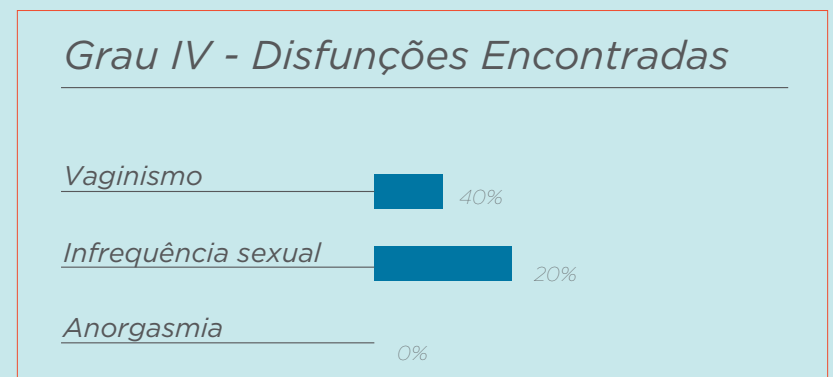
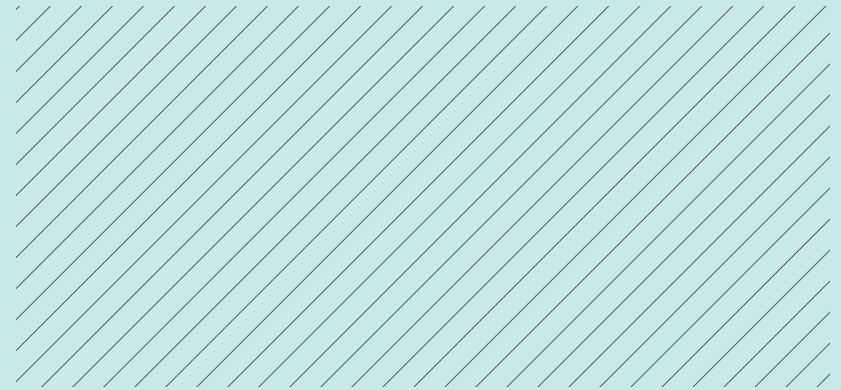


Figura 4. Relação da força muscular Grau IV com as disfunções sexuais encontradas nesse grupo.

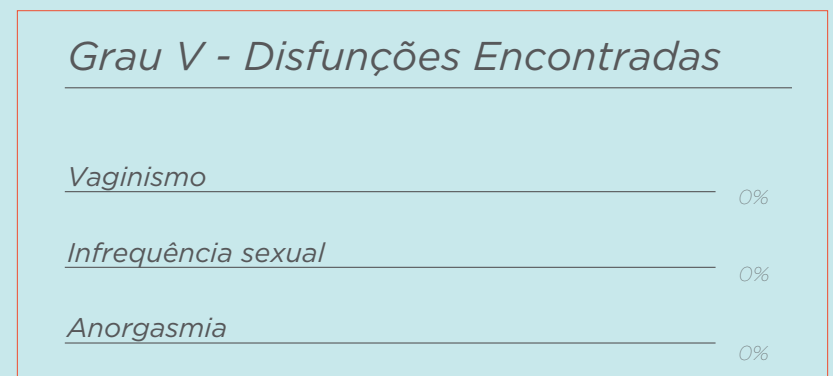


Figura 5. Relação da força muscular Grau V com as disfunções sexuais encontradas nesse grupo.

as paredes da vagina tão bem como aumentar a satisfação na relação para ambos os parceiros.

Os músculos do assoalho pélvico são responsáveis por conferirem a sensibilidade proprioceptiva que contribui para o prazer sexual, já que a vagina possui pouquíssimas

fibras nervosas sensoriais. Me-deiros e Braz (2003) afirmam que quando esses músculos estão hipertrofiados, proporcionam uma vagina menor e um maior atrito contra o pênis durante a relação sexual, resultando em mais terminações nervosas e sensação agradável durante a relação sexual.

## CONCLUSÕES

Embora a amostra desse estudo tenha sido pequena, apenas 19 mulheres, foi possível constatar que aquelas com força muscular máxima do assoalho pélvico (Grau V, de acordo com os métodos de avaliação empregados – *biofeedback* e PERFECT) não apresentaram queixa sexual (entrevista semiestruturada e respostas ao questionário GRISS), e demonstraram estar satisfeitas tanto com sua vida sexual quanto com seus parceiros. Por outro lado, nas mulheres com graus de força muscular inferiores - II, III e IV - foi identificada insatisfação nos quesitos frequência sexual e dor e desconforto à penetração.

Esses resultados levam à conclusão de que a saúde do assoalho pélvico está relacionada à consciência, à força e à resistência da musculatura perineal, de modo que essa estrutura consiga desempenhar suas funções biológicas e sexuais com êxito.

A saúde sexual representa um aspecto importante e inseparável da qualidade de vida das mulheres e por isso tem sido alvo de muitos estudos. Essa pesquisa forneceu dados que permitem concluir que o grau da força muscular contribui sobremaneira para a satisfação sexual.



## REFERÊNCIAS

- Abdo CHN. Aspectos classificatórios, diagnósticos e terapêuticos dos transtornos da sexualidade. In: Abdo CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.31-51.
- Althof SE, Rosen R, Rubio-Aurioles E, Earle C, Chevret-Measson M. Psychologic and interpersonal aspects and their management. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.18-30.
- Berghmans B. Novas perspectivas de fisioterapia do assoalho pélvico. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.499-512.
- Bianco G, Braz MM. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. Artigo Original, Universidade do Sul de Santa Catarina, 2004.
- Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*. 2005;85(3):269-282.
- Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol*. 2006;32(4):462-469.
- Círico C. Avaliação fisioterapêutica e a satisfação sexual feminina [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cascavel, PR: Faculdade Assis Gurgacz; 2007. Acessado em 2008, Ago 30. Disponível em [http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/avaliacao\\_fisioterapia\\_e\\_a\\_satisfacao\\_sexual\\_feminina.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/avaliacao_fisioterapia_e_a_satisfacao_sexual_feminina.pdf)
- Costa AC. Disfunções sexuais femininas: dor. *Revista Científica*, Florianópolis. 2006;36.
- Da Ros CT, Graziottin TM, Lopes GP. Disfunção sexual feminina. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.473-482.
- Etienne MA, Waitman MC. Disfunções Sexuais Femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.
- Golombok S, Rust J. The Golombok and Rust inventory of sexual satisfaction. London: NFER-Nelson; 1986.
- Gotardo, P. Avaliação do grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres com diferentes frequências de relações sexuais feminina [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cascavel, PR: Faculdade Assis Gurgacz; 2007. Acessado em 2008, Ago 30. Disponível em [http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/a\\_avaliacao\\_do\\_grau\\_de\\_forca\\_muscular\\_no\\_assoalho\\_pelvico\\_em\\_mulheres\\_com\\_diferentes\\_frequencias\\_de\\_relacoes\\_sexuais.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/a_avaliacao_do_grau_de_forca_muscular_no_assoalho_pelvico_em_mulheres_com_diferentes_frequencias_de_relacoes_sexuais.pdf).
- Graziottin A, Dennerstein L, Alexander J, Giraldi A, Whipple B. Classification, etiology, and key issues in female sexual disorders. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.305-314.





Grazziottin A, Giraldo A. Anatomy and Physiology of women's sexual function. In: Porst J, Buvat J, Standards Committee of the International Society for Sexual Medicine. Standard practice in sexual medicine. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2006. p.289-304.

Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. Physiotherapy. 2001;87(12):631-642.

Medeiros WM, Braz MM. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. Artigo Original. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2003.

Nascimento SM. Avaliação fisioterapêutica da força muscular do assoalho pélvico na mulher com incontinência urinária de esforço após cirurgia de Wertheim-Meigs: revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2009;55(2):157-163.

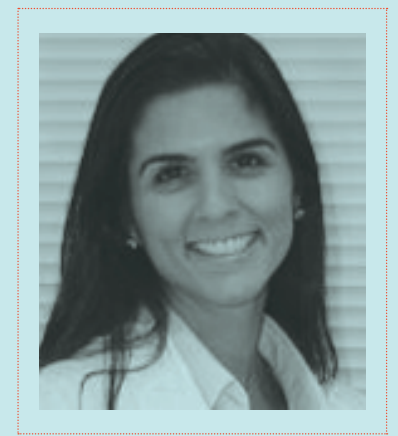
Palma PCR, Portugal HSP Anatomia do assoalho pélvico. In: Palma PCR (ed.). Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Campinas, SP: Personal Link Comunicações, 2009. p.25-37.

Piassarolli V, Hardy E, Andrade NV, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):234-240.

Rett MT, Simões JA, Herrmann V, Marques AA, Morais SS. Existe diferença na contratilidade da musculatura do assoalho pélvico feminino em diversas posições? Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(1): 20-3.

Silva APS, Silva JS. A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino, sob uma visão anatômica. Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro. 2003;4(3):205-211.

Torres LO, Ugarte-Romano F, Glina S (coord.). I Consenso Latinoamericano de Disfunción Eréctil. 1ª ed. São Paulo: BG Cultural; 2002.



*Ana Terra Andrade Ribeiro: Fisioterapeuta; Especialista em Fisioterapia Uroginecológica pelo Centro Educacional CBES/SP; Fisioterapeuta da Clínica Fisiotherape-Reabilitação do Assoalho Pélvico. Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: atpandrade@hotmail.com*

*Cila Anker: Psicóloga, tradutora e revisora; Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Editora da Revista Latinoamericana de Medicina Sexual; Revisora das revistas Gestão e Projetos da Universidade Nove de Julho e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.*