

## TRABALHOS DE PESQUISA

**A FISIOTERAPIA PÉLVICA NA QUALIDADE DA VIDA  
SEXUAL/AFETIVA FEMININA**

Pedro Renan Barbosa,<sup>1</sup> Carolyne Barbosa Peniche,<sup>2</sup> Cibele Nazaré Câmara Rodrigues,<sup>3</sup> Euzébio de Oliveira,<sup>4</sup>  
Roseane do Socorro da Silva Matos Fernandes<sup>5</sup>

PELVIC PHYSIOTHERAPY IN THE QUALITY OF FEMALE SEXUAL / AFFECTIVE LIFE

FISIOTERAPIA PÉLVICA EN LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL / AFECTIVA FEMENINA

**Resumo:** A disfunção sexual feminina abrange condições caracterizadas por alterações na resposta sexual típica em um ou mais das seguintes áreas do ciclo da resposta sexual: desejo, excitação, orgasmo ou dor. A Fisioterapia direcionada ao assoalho pélvico da mulher pode fortalecer a musculatura e proporcionar melhor consciência do próprio corpo, dando-lhe assim, condições de uma vida sexual satisfatória. O objetivo deste estudo é descrever a percepção de mulheres sobre a qualidade da função sexual/afetiva após o tratamento de fisioterapia pélvica para a disfunção sexual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa envolvendo entrevistas semiestruturadas com mulheres que realizaram tratamento fisioterapêutico para disfunção sexual. O tratamento e a análise de dados foram baseadas na técnica de Análise de Conteúdo. As entrevistadas avaliam positivamente a terapia a qual foram submetidas, com destaque à humanização das fisioterapeutas que a atenderam, além da melhora física de suas disfunções, com impacto em seus relacionamentos sexuais e afetivos.

**Palavras-chave:** Disfunção sexual; fisioterapia; sexualidade.

**Abstract:** Female sexual dysfunction encompasses conditions characterized by changes in typical sexual response in one or more of the following areas of the sexual response cycle: desire, arousal, orgasm, or pain. Physiotherapy directed at the woman's pelvic floor can strengthen the musculature and provide better awareness of her own body, thus giving her conditions for a satisfactory sexual life. The aim of this study is to describe women's perception of the quality of sexual / affective function after pelvic physiotherapy treatment for sexual dysfunction. This is a qualitative research, involving semi-structured interviews with women who underwent physiotherapeutic treatment for sexual dysfunction. Data treatment and analysis was based on the Content Analysis technique. The interviewees positively evaluate the therapy to which they were submitted, with emphasis on the humanization of physical therapists, in addition to the physical improvement of their dysfunctions, with an impact on their sexual and affective relationships.

**Keywords:** Sexual Dysfunction; Physiotherapy; Sexuality.

**Resumen:** La disfunción sexual femenina abarca condiciones caracterizadas por cambios en la respuesta sexual típica en una o más de las siguientes áreas del ciclo de respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo o dolor. La fisioterapia dirigida al suelo pélvico de la mujer puede fortalecer los músculos y proporcionar una mejor conciencia de su propio cuerpo, dándole así las condiciones para una vida sexual satisfactoria. El objetivo de este estudio es describir la percepción de las mujeres sobre la calidad de la función sexual / afectiva después del tratamiento de fisioterapia pélvica para la disfunción sexual. Se trata de una investigación cualitativa que involucra entrevistas semiestruturadas con mujeres que

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Belém, Pará. E-mail: [pedro.barbosa@ics.ufpa.br](mailto:pedro.barbosa@ics.ufpa.br)

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belém, Pará. E-mail: [caroll.peniche97@gmail.com](mailto:caroll.peniche97@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento Humano pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belém, Pará. E-mail: [cibelecamara@hotmail.com](mailto:cibelecamara@hotmail.com)

<sup>4</sup> Doutor em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará. E-mail: [euzebio21@yahoo.com.br](mailto:euzebio21@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belém, Pará. E-mail: [rosereis@yahoo.com.br](mailto:rosereis@yahoo.com.br)

se sometieron a un tratamiento de fisioterapia por disfunción sexual. El tratamiento y análisis de los datos se basó en la técnica de Análisis de Contenido. Los entrevistados valoran positivamente la terapia a la que fueron sometidos, con **ênfasis** en la humanización de los fisioterapeutas que los atendieron, además de la mejora física de sus disfunciones, con impacto en sus relaciones sexuales y afectivas.

**Palabras clave:** Disfunción sexual; Fisioterapia; Sexualidad.

## Introdução

À mulher, por questões histórico-culturais, falar de sua sexualidade parece não ser uma necessidade emergencial, pelos tabus e preconceitos que a cercam. Apesar de os valores ético-morais da cultura ocidental terem aderência na tradição judaico-cristã, não foi exclusividade do Cristianismo propalar a hostilização do prazer por via sexual e a descoberta de suas funções corporais mais íntimas. Houve um fecundo discurso, sob orientações médicas desde a Antiguidade, do prejuízo da prática do sexo e da mulher objetificada; fonte exclusiva de procriação, esses tipos de discursos e preconceitos afetam diretamente a sexualidade feminina, levando a alterações em sua função típica (SILVA et al., 2013).

A disfunção sexual feminina abrange várias condições que são caracterizadas por alterações na resposta sexual típica relatada em uma ou mais das seguintes áreas do ciclo da resposta sexual: desejo, excitação, orgasmo ou dor (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2019). A classificação mais recente, dada pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V*, das disfunções sexuais são: dor genito-pélvica/distúrbio de penetração (dor sexual), interesse sexual feminino/distúrbio da excitação (baixo desejo e baixa excitação) e distúrbio orgásmico (disfunção orgásmica) (KRAKOWSKY; GROBER, 2018).

A fisioterapia direcionada ao assoalho pélvico pode fortalecer a musculatura, dar propriocepção e proporcionar maior consciência do próprio corpo pela mulher acometida por disfunção sexual, dando-lhe assim, possibilidade de uma vida sexual satisfatória (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Considerando esse contexto define-se como objetivo geral: analisar como a fisioterapia pélvica influencia na qualidade da vida sexual/afetiva de mulheres.

## Materiais e métodos

Ao eleger a voz da mulher como mote de análise do objetivo em voga, pela sua subjetividade, incide em um estudo de base qualitativa que:

Responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade

que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Essa abordagem é pela necessidade de compreender o fenômeno pela visão das participantes, entender o contexto social, físico, cultural e emocional em que se encontram, em caráter descritivo (CAVALCANTI, 2017; TEDESCHI, 2012).

O *locus* da pesquisa foi um espaço de atendimento médico e fisioterapêutico, eleito porque lá os pesquisadores estavam inseridos por conta de estágio extracurricular e onde ocorre atendimento fisioterapêutico a mulheres com disfunção sexual.

Enviamos à direção da clínica, o Termo de Aceite da Instituição, com destaque aos objetivos da pesquisa e com solicitação de uso dos prontuários para a triagem e a seleção das participantes, e obtivemos autorização para o desenvolvimento dos dados empíricos.

Os critérios de seleção das participantes foram: mulheres, com vida sexual ativa declarada, com mais de 18 anos de idade, que passaram por tratamento para disfunção sexual, dispostas a falar sobre sua vida sexual e que aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPa), protocolado pelo CAAE: 00167518.4.0000.0018 e aprovado pelo Parecer de nº 3.399.121.

Liberados para o trabalho de campo contatamos as participantes por meio das informações em seus prontuários. O primeiro contato foi via e-mail, em segundo plano, foi realizada a ligação por telefone fixo e, em último caso, por ligação via celular, pelo qual oito mulheres foram contatadas, no que tivemos o aceite de três delas. As outras cinco mulheres não seguiram na pesquisa devido às dificuldades geográfica e cronológica para o encontro conosco, além de demonstrarem em seus discursos, dificuldades em falar sobre sua vida sexual.

Para a produção de dados empíricos optamos pela entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro com perguntas previamente elaboradas, que poderiam ser

complementadas por outras questões às circunstâncias na interlocução, caso necessárias (OLSEN, 2015).

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes, sendo a clínica *locus* indicada por elas para este fim. Nos dias agendados nos foi disponibilizada uma sala exclusiva, com climatização e iluminação confortáveis. As respostas das participantes foram gravadas em dois aparelhos celulares, posteriormente transcritas literalmente, sem correções de norma culta. A organização e a análise dos dados empíricos foram submetidas à técnica de Análise do Conteúdo, que:

É uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Inicialmente, fizemos a leitura flutuante, seguida da elaboração de um plano de pré-análise, que “É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento e operações sucessivas em análise” (BARDIN, 2016). O cruzamento de inferências originou as categorias e subcategorias abordadas, conceitualmente, ao longo deste artigo.

### **Disfunção sexual: por onde anda o desejo feminino?**

A disfunção sexual feminina é definida como distúrbio psicosssexual, centrada no desejo sexual, com problemas inter-relacionados quanto à excitação, ao orgasmo e à dor sexual, intimamente imbricados à interferência na qualidade de vida da mulher. (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2019; BUSTER, 2013). Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V*, as disfunções sexuais são classificadas em: dor gênito-pélvica/distúrbio de penetração (dor sexual) – dor na vulva, dor profunda com penetração ou contração da musculatura pélvica, interesse sexual feminino/distúrbio da excitação (baixo desejo e baixa excitação) – ausência ou redução de fantasias sexuais e desejo por atividade sexual que cause sofrimento/diminuição na lubrificação vaginal e uma diminuição no calor genital relacionado ao fluxo sanguíneo e distúrbio orgástico feminino (disfunção orgásmica) – orgasmos atrasados ou ausentes (KRAKOWSKY; GROBER, 2018).

Do ponto de vista anatomofisiológico, a pelve é formada pelos ossos – cóccix, sacro, ílio, ísquio e púbis – conectados em articulações apoiadas por fortes ligamentos (LIPPERT, 2013). A vulva, região anatômica externa da vagina, consiste em diversas porções como monte púbico, clitóris – estrutura mais relacionada com o prazer

sexual feminino, sendo altamente neurovascular e erétil, na qual sua glândula é a parte mais sobejamente inervada –, os lábios externos e internos, o vestíbulo e por fim, a genitália interna que consiste de vagina, útero, ovários e tubas uterinas (YAVAGAL et al., 2011).

Os componentes da musculatura estriada, conhecida como diafragma pélvico, constituem o apoio inferior da pelve, a saber: músculo elevador do ânus, músculo isquiococcígeo, músculo esfíncter externo da uretra, músculo transverso do períneo e da região anal, músculo esfíncter externo do ânus (MEMON; HANDA, 2013).

A irrigação sanguínea da região pélvica origina-se da artéria ilíaca, segmenta-se e dá origem às artérias menores, que irrigam a musculatura e os órgãos pélvicos. A inervação da porção pélvica origina-se das divisões do plexo sacral, especificamente dos ramos de S2, S3 e S4 (eventualmente de S1 e S5), dos quais se formam o nervo pudendo (MORENO, 2009).

Sendo uma estrutura muscular bem estabelecida, o assoalho pélvico exerce papel significativo nas funções urológicas (micção e continência), ginecológicas (parto), anorretais (defecação e continência anal) e sexuais (sexualidade, relação sexual), além de manter os órgãos pélvicos na posição adequada. Quando não há o funcionamento correto das estruturas, geram-se incômodos leves ou até devastadores como a incontinência urinária, a incontinência fecal, o prolapso de órgãos pélvicos e os problemas sexuais (BØ et al., 2016; HALLOCK; HANDA, 2016; MESSELINK, 2015).

A disfunção do assoalho pélvico, embora pareça simplório, é um processo intrincado que decorre de situações multifatoriais e secundárias, principalmente em gravidez, idade, obesidade e menopausa (BOZKURT; YUMRU; SAHIM, 2014; HALSKI; SBUPSKA; DYMAREK, 2014; LAZARO; NARDOS; CAUGHEY, 2016; NEELS; WYNDAELE; TJALMA, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde sexual é elucidada como condição de bem-estar nos âmbitos físico, mental, emocional, social e em relação à sexualidade, associada ao comportamento respeitoso desta e das relações sexuais, tornando as experiências deleitosas, seguras, livres de imposições, preconceitos e violência (CHOU et al., 2015). Evidencia-se com isso que, o conceito não se restringe à função física preservada dos genitais, além das experiências unicamente fisiológicas; atinge patamar elevado de satisfação emocional e social relacionados ao sexo que impactam na qualidade de vida de mulheres (THOMAS; THURSTON, 2016).

Para entender a função sexual, foram criados modelos explicativos desse processo, sendo que três deles são os mais discutidos na literatura científica. A construção teórica de Masters-Johnson, elaborada na década de 1960, mostra que a resposta sexual progride de forma contínua da excitação ao platô, ao orgasmo e à resolução.

Tal modelo idealizado para homens e mulheres envolve somente a resposta física dos genitais. Porém, na década de 1970, Helen Singer Kaplan, psicóloga e terapeuta sexual, modificou-o pela necessidade da presença do desejo na reposta sexual, recolocando-o em três fases: o desejo, a excitação e o orgasmo (ISHAK, 2017).

Nos anos 2000, Rosemary Basson, médica e terapeuta sexual, propôs um modelo circular alternativo de resposta sexual feminina a partir de suas observações com pacientes que possuíam alguma disfunção sexual, tendo como enfoque os aspectos psicossociais durante a relação sexual. Afirma a referida médica, a relevância do aspecto emocional na expressão da resposta sexual e o estímulo inicial não são desencadeados somente fisicamente, mas com a influência das necessidades e dos estímulos psicológicos e emocionais (BASSON, 2001).

Nesse modelo proposto tem-se o desejo espontâneo – relacionado aos sentimentos de intimidade da mulher com o parceiro –, o estímulo sexual e a excitação – que podem ter consequências físicas como a lubrificação –, a satisfação física e emocional que podem levar a maior intimidade emocional, que por sua vez pode resultar em maior receptividade e busca de estímulos sexuais (BASSON, 2001; ISHAK, 2017).

A procura pelo prazer sexual é fator fomentador da atividade sexual, sendo o orgasmo indicativo da presença desse prazer, além de ser prognosticador de satisfação e saúde sexuais. A atividade sexual promove interações entre o sistema nervoso, o sistema endócrino, o sistema vascular e outras estruturas que participam da excitação sexual, do intercurso e da satisfação; já a resposta sexual se manifesta por processos físicos e emocionais (subjetivos), nos quais para algumas pessoas pode ser a sensação mais assustadora, para outras, a sensação mais agradável vivenciada (KONTULA; MIETTINEN, 2016; RAO; NAGARA, 2015).

## Resultados e discussão

Participaram deste estudo como depoentes, mulheres no perfil estabelecido que identificaram-se como cisgêneros e heterossexuais. Os nomes são fictícios, com acordo prévio de que suas identidades seriam preservadas. São elas: Marte (22 anos casada, possui Ensino Superior), Vênus (18 anos, solteira, possui Ensino Médio) e Saturno (24 anos, está em relação estável, possui Ensino Médio completo).

Foram indagadas pelos pesquisadores sobre como o tratamento com a fisioterapia pélvica influenciou na qualidade da sua vida sexual e afetiva. Assim, foram exposto:

*[...] quando eu sabia que ele queria o sexo e eu lembrava da dor, aí eu já ficava um pouco arredia com ele. Às vezes, até falava: – meu amor, não tô afim! Hoje não! [...] tenho que ir ao médico ver o que é isso porque tá doendo muito (MARTE).*

Nessa experiência relatada, não se trata apenas de acometimento físico, o corpo da mulher é atingido em outras dimensões – como a psíquica, que têm uma consistência e um sentido próprio, e precisam ser valorizados durante o tratamento pelo fisioterapeuta (BELLO, 2019).

Outra dificuldade deve ser a mulher conduzir um diálogo com o parceiro e ser compreendida. Tantas vezes, como fruto de uma sociedade normalizadora,

*O corpo da mulher tem um papel particular, de sujeito-objeto [...]. A complexidade do feminino se inicia pelo próprio termo, de amplo conteúdo, na medida em que sua menção alcança desde a definição do sexo com base na conformação biológica do indivíduo – sexo feminino –, passando por tudo que é próprio do gênero, de acordo com uma determinada cultura [...] (NASCIMENTO; PROCHNO; SILVA, 2012).*

Alterações na resposta sexual pertencem à natureza, mas a maneira como é vista e os sentidos que lhe são dados, são da natureza cultural e histórica, do entorno em que a paciente está inserida (NASCIMENTO; PROCHNO; SILVA, 2012).

*[...] não querer que o meu marido fizesse carinho em mim, porque eu pensava que ia levar uma coisa à outra [...]. Quando eu sabia que ele tava afim [...], ele já vinha com um beijo mais demorado, passando a mão aqui, ali; eu já ficava meio arredia porque eu sabia o que ia gerar. [...] carinho, essas coisas mais normais [...] que não incitam ao sexo em si, eu não evitava, até porque [...] isso é normal. Meu deus!!! Se eu ficasse arredia com ele por causa disso, seria horrível (MARTE).*

Nota-se um temor presente no depoimento de Marte, caso não estivesse plenamente disponível para dar prazer ao marido. Seria horrível ficar “arredia”, pois uma postura negativa à incitação do ato sexual poderia levar a impactos negativos no vínculo com o parceiro (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2012).

Sendo a afetividade “[...] uma das principais dimensões que caracterizam um relacionamento amoroso em termos da conjugalidade” que é o compromisso que duas pessoas assumem em uma relação conjugal (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2012), essa afetividade torna-se fundamental nas relações sexuais, importantes para a efetivação do ato. Sem o apoio do companheiro, é difícil para uma mulher entender e conduzir, com a necessária segurança, os sentimentos que a envolve quando acometida pela disfunção sexual. Tanto que, Saturno relata que sua disfunção sexual coloca até em dúvida os sentimentos dispensados por ela ao companheiro:

*[...] eu fui diagnosticada [...] no início de 2018 [...], eu tinha procurado uma ginecologista e eu expliquei toda a situação pra ela [...] e ela disse: – mas você gosta do seu parceiro? Isso me gerou até uma dúvida, aí eu ficava assim: – eu acho*



*que eu gosto. Ela: – não, mas tu acha? Eu digo: – não, desse jeito nem sei se eu gosto da criatura ou não [...]. Ela pegou e disse: – olha, eu vou te sugerir trocar de parceiro [...].*

Atitudes antiéticas no serviço de saúde, como a relatada acima, desconsideram o processo de adoecimento e seu contorno emocional – dúvidas, angústias, dores, rejeição –, podendo causar mais aflições e prejuízos psicoemocionais nessas pacientes (COZER et al., 2016). Dado isto, Saturno busca a solução do seu problema e não a criação de outros, como bem afirma: “*Eu nem falei isso pra ele, porque a decepção já era minha e falar isso pra criatura, a decepção ia ser pior ainda. Eu disse: – Ah, tá bem; é fácil chegar ali na esquina e dizer: – ei, vem cá!?”*

Para o profissional da saúde, o ato de acolher o paciente e sua queixa é conduta necessária:

*[...] meio simples de promover subjetivação, de legitimar o outro como outro: é movimento de trazê-lo para dentro do mapa, de inclui-lo sem pretensão de dominá-lo ou de encaixá-lo em diagnósticos pretensamente definitivos e assegurados por certezas incontestáveis (MERQUIOR, 2009).*

Assim, a atitude profissional deve ser, na direção da paciente entender o que acontece consigo, com explicação detalhada sobre o seu problema, sensibilizá-la a solicitar o apoio do companheiro, no qual faz toda a diferença no tratamento, por exemplo (COZER et al., 2016; MERQUIOR, 2009). Nessa direção, Saturno relata sua experiência com o seu:

*[...] ele também não tinha conhecimento, depois que eu conversei com ele, aí ele passou a estudar e procurou conhecer [...] a gente se encaixou muito [...] nos depoimentos, nas coisas que a gente leu [...] é real mesmo, acontece.*

A condição dessa paciente assume outro status quando encontra no parceiro o apoio necessário. Pode tornar ameno o tempo, às vezes não tão curto, do seu tratamento. Afinal, resgatar intimidades, garantir a afinidade e a realização de atividades prazerosas e necessárias para a qualidade de vida a dois, podendo alcançar as relações e perdurar por cada fase da reposta sexual, com respeito às limitações não somente da parceira com dificuldades, mas as suas próprias, no caso do companheiro (BECK et al., 1997).

Exercer plenamente a sexualidade – inclusa a atividade sexual – é uma necessidade do casal e não apenas da mulher, o que reforça a receptividade entre ambos e da disponibilidade para aceitar temporariamente os limites que um dos dois possa ter por questões fisiológicas (HOLANDA et al., 2014).

Esses aspectos abordados são vitais para o tratamento, em específico de terapia fisioterapêutica, proposto pelo fisioterapeuta com mulheres com disfunção sexual, no qual é visivelmente influente na vida sexual da mulher

como a sensação de bem-estar com a sua sexualidade (WHOQOL, 1995), como pontua Marte após o início de seu tratamento:

*Nossa, muito, muito positivamente. Eu lembro na última sessão que a minha Fisioterapeuta me liberou pra tentar: – [...] vai, tenta, me diz o que tu achaste [...]. Vou te dar o meu telefone e aí qualquer coisa tu me avisas. Falei: – tá bom. Encontrei com ela, falei: [...] – desculpa [...], eu nunca te mandei mensagem porque, realmente, o tratamento foi ótimo.*

A experiência de Marte, exemplifica como ocorre a evolução terapêutica positiva nas pacientes, o que pode dissipar alguns receios durante a relação sexual: desconforto, não compreensão da parceria sexual sobre o que sente nesse momento e vergonha de má performance e/ou de insatisfação de ambos em não alcançar as fases da resposta sexual até o orgasmo (HOLANDA et al., 2014), como é comum nesses casos.

Na condição feminina, ainda socialmente vista como procriadora e na sumária obrigação de dar prazer ao homem, apresentar alteração na sua resposta sexual, que possa comprometer essas demandas, pode ser um abalo na autoestima das mulheres com disfunção sexual (DEPIERI; GROSSI; FINOTELLI, 2016; HOLANDA et al., 2014).

Se por um lado essas identidades e novos comportamentos possibilitaram concepções diferentes para a mulher no exercício da sua sexualidade, por outro, permaneceram o preconceito, o julgamento social e a dificuldade em abandonar as antigas características de recato e vergonha [...].

Além do medo do desconhecido – não saber o que lhe acomete –, receio de dialogar com o parceiro, temor da não cura, ter empatia com os profissionais, preconceitos circulantes, entre outros aspectos nada favoráveis, resultam muitas vezes em uma baixa autoestima, com sentimento de incapacidade de oferecer e receber afetividade em um relacionamento (DEPIERI; GROSSI; FINOTELLI, 2016; HOLANDA et al., 2014).

A narrativa de Vênus reafirma isso: “[...] sempre quando ia começar alguma coisa eu falava: – é agora! Eu vou sentir dor, vai ser horrível; eu [...] já chorei assim na situação; muito constrangedor, ruim”. Contudo, a própria Vênus dá outro depoimento de positividade da terapia fisioterapêutica a que foi submetida: “[...] ajudou bastante, [...] eu me senti mais segura [...], ainda mais [...] com o problema [...] de sentir dor [...], eu não sabia o que era, eu não conhecia direito, então eu achava que ia ficar pra sempre assim”. Essa preocupação, de uma condição eterna do problema, resvala no emocional, na sua percepção de ser mulher (HOLANDA et al., 2014).

[...] as doenças (ou disfunções) podem ser definidas por critérios biológicos neutros, a enfermidade é essencialmente social, uma vez que se refere a desvios

indesejáveis em relação às normas sociais aceitas de saúde e conduta apropriada (NASCIMENTO; PROCHNO; SILVA, 2012).

No caso da mulher, a normativa aceitável é ter condição fisiológica para dar prazer ao seu parceiro; quando essas projeções culturais ficam sob ameaça de não acontecerem, é notório a paciente se culpabilizar por tal condição, uma angústia em não ser uma mulher “normal” (NASCIMENTO; PROCHNO; SILVA, 2012). Afinal, o sexo é *“força motriz responsável pela constituição e manutenção dos relacionamentos amorosos, de modo que na contemporaneidade, [...] assume papel de grande importância tanto na satisfação pessoal individual quanto na satisfação conjugal”* (SILVA; GONÇALVES; SPARAPAN, 2020).

Tanto que, a paciente, ao procurar tratamento, não é só a disfunção sexual a ser atingida, mas todas as possíveis consequências atreladas a ela – baixo autoestima, baixa positividade na vida afetiva, vínculo social comprometido, entre outras (SUBTIL et al., 2011). *“[...] depois de um ano eu tive o diagnóstico já mais esclarecido com uma outra ginecologista, [...] aí já foi uma luz pra mim [...] eu sou normal”* (SATURNO).

Mais uma vez, a conduta profissional é fio condutor após o diagnóstico; quando o fisioterapeuta, para além da competência técnica, lança também um olhar mais humano sobre a paciente, seu emocional é assistido, pode ter disposição maior para se dedicar ao tratamento e não o abandonar (SUBTIL et al., 2011), o que pode ocorrer.

O abandono da fisioterapia aparece ligado a quatro fatores: dificuldades financeiras; necessidade de voltar ao trabalho; falta de interesse e desvalorização do tratamento; insatisfação com as técnicas e com o relacionamento com o fisioterapeuta (SUBTIL et al., 2011).

Desses fatores, o que mais pode contribuir para a não permanência do paciente no tratamento com disfunção sexual, provavelmente, é o relacionamento com o fisioterapeuta.

*[...] saber escutar e compreender o paciente em estado de sofrimento, oferecendo atenção e cuidado em forma de afeto (amor, respeito, solidariedade/apoio, carinho, atenção, escuta) e de contato físico (terapia manual). A atuação fisioterapêutica não deve permanecer restrita à execução de técnicas e à aplicação de aparelhos, mas deve construir uma abordagem que integre as competências profissionais e as habilidades para lidar com o outro de forma abrangente* (SUBTIL et al., 2011).

Nenhum paciente só com a sua presença, garante o vínculo com o tratamento, mesmo sabendo o que precisa para melhorar. Há como urgência o estabelecimento de vínculo, atribuir confiança ao profissional, para que não desista na primeira dificuldade que venha a encontrar:

dor, pouca empatia com o fisioterapeuta, esforço redobrado, entre outras (SUBTIL et al., 2011).

Dependendo de cada situação, o resultado de uma determinada terapia não é de consumo imediato, deve requerer uma disponibilidade emocional para sustentar a motivação para nela permanecer e tempo para sentir seus efeitos. Sem essas premissas assumidas pela paciente, há risco de abandono ao tratamento (HOLANDA et al., 2014; SUBTIL et al., 2011).

Daí, o reforço de uma abordagem profissional humanizada, tanto propalada nas políticas de saúde e, que não deve ser abolida pelo fisioterapeuta. Afinal, sua paciente tem uma história de vida que precisa ser considerada durante o tratamento (COZER et al., 2016; HOLANDA et al., 2014; SUBTIL et al., 2011). A paciente é um ser das emoções e, quando chega a um espaço fisioterapêutico, pode expor vulnerabilidades, afinal *“a condição corporal do homem o faz mergulhar num banho sensorial ininterrupto”* (LE BRETON, 2019).

Em princípio, ele jamais cessa de ver, de escutar, de tocar, de sentir o mundo que o entorna (WHOQOL, 1995). *“[...] a gente não sabe o que a gente tem, a gente pensa inúmeras coisas e fica imaginando uma das piores coisas, né!? Só que quando a gente descobre, fica: – [...] por que eu?”* (SATURNO).

Acolher essa aflição exige do fisioterapeuta uma sensibilidade, porque as disfunções sexuais imprimem outra maneira de ser no mundo pela paciente, suas *“emoções são, portanto, emanções sociais ligadas a circunstâncias morais e à sensibilidade particular”* (LE BRETON, 2019). Uma mulher com dor em uma relação sexual, registra no corpo uma intimidade que em nada lhe traz prazer, nem marcas afetivas que valham a pena serem lembradas (DEPIERI; GROSSI; FINOTELLI, 2016).

## Conclusão

Este estudo teve como objetivo descrever a percepção de mulheres da qualidade da função sexual/afetiva após o tratamento de fisioterapia pélvica para disfunção sexual, a maioria das participantes trazem a certeza do quanto o tratamento fisioterapêutico mudou, positivamente, suas vidas sexual e afetiva. A colocação de cada mulher, elucida o entendimento que a disfunção sexual não é limite para viver o que se deseja afetivamente e sexualmente. Embora cada corpo percepcione a dor de maneira singular e assimile tal experiência a seu modo.

Contudo, constata-se que com a fisioterapia pélvica, as participantes aprenderam a lidar com sua condição e não temer o desafio frequente do processo de disfunção. Nesse contexto, a orientação profissional adequada e eficiente proporcionou guarida às falas das pacientes, garantindo assim permanência no tratamento indicado, demonstrando que a conduta humanística do

fisioterapeuta vai além de um protocolo para combater uma determinada patologia; impacta na integridade do paciente – social, afetivo, sexual. Lição necessária para atuar na atenção à saúde.

## Agradecimentos

Agradeço as mulheres que contribuíram com nossa pesquisa, à professora Roseane Fernandes por orientá-la com tanto apreço e à professora Cibele Câmara por nos inspirar nesse amor pela fisioterapia pélvica.

## Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, MD, v. 134, n. 1, p. 1-18, 2019.

BARDIN, L. *Análise do conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASSON, R. Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Canadá, v. 27, n. 1, p. 33-43, 2001.

BECK, A. T. et al. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BELLO, A. A. Fenomenologia do corpo e da sexualidade: aspectos antropológicos e psicológicos. In: ESPÍNDULA, J. A. G. *Psicologia fenomenológica e saúde: teoria e pesquisa*. Boa Vista: Editora da UFRR, 2019.

BØ, K. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, Minnesota, v. 198, n. 3, p. 488-492, 2016.

BOZKURT, M.; YUMRU, A.; SAHIM L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, Turkey, v. 53, n. 1, p. 452-458, 2014.

BUSTER, J. E. Managing female sexual dysfunction. Fertility and Sterility. Rhode, Island, v. 100, n. 4, 2013.

CAVALCANTI, M. Guidelines for qualitative research in organization studies: controversy and possibilities. *Administração: ensino e pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 457-488, 2017.

CHOU, D. et al. Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond. *Reproductive Health Matters*, Geneva, v. 23, n. 46, p. 185-192, 2015.

COZER, L. M. et al. Ethical issues in the practice of health professionals in a school-hospital. *Avances en Enfermería*, Minas Gerais, v. 34, n. 3, p. 226-235, 2016.

DEPIERI, L.; GROSSI, F.; FINOTELLI, I. J. Percepção de mulheres sobre a sexualidade feminina: bem-estar sexual e indicadores socioculturais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 27, n. 1, p. 57-71, 2016.

ETIENNE, M. A.; WAITMAN, M. C. *Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

HALLOCK, J. L.; HANDA, V. L. The epidemiology of pelvic floor disorders and child birth: an update. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, Baltimore, v. 43, n. 1, p. 1-13, 2016.

HALSKI, T.; SBUPSKA, L.; DYMAREK, R. Evaluation of Bioelectrical Activity of Pelvic Floor Muscles and synergistic Muscles Depending on Orientation of Pelvis in Menopausal Women with Symptoms of Stress Urinary Incontinence: A Preliminary Observational Study. *BioMed Research International*, Poland, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2014.

HOLANDA, J. B. et al. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 573-8, 2014.

ISHAK, W. *The Text book of Clinical Sexual Medicine*. Los Angeles: Springer, 2017.

KONTULA, O.; MIETTINEN, A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, Northwestern, v. 6, n. 1, p. 1-21, 2016.

KRAKOWSKY, Y.; GROBER, E. D. A practical guide to female sexual dysfunction: an evidence-based review for physicians in Canada. *Canadian Urological Association Journal*, Canadá, v. 23, n. 1, p. 1-13, 2018.

LAZARO, S.; NARDOS, R.; CAUGHEY, A. B. Obesity and Pelvic Floor Dysfunction: Battling the Bulge. *Obstetrical and Gynecological Survey*, Portland, v. 71, n. 2, p. 114-125, 2016.

LE BRETON, D. *Antropologia das emoções*. Petrópolis: Vozes, 2019.

LIPPERT, L. S. *Cinesiologia clínica e anatomia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MEMON, H. U.; HANDA, V. L. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health (Lond Engl)*, Inglaterra, v. 9, n. 3, p. 265-277, 2013.

MERQUIOR, M. Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. In: MAIA, M. (org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

MESSELINK, B. et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, New York, v. 24, n. 4, p. 374-380, 2015.

MINAYO, M. C. L. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORENO, A. L. *Fisioterapia em uroginecologia*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

NASCIMENTO, C. M.; PROCHNO, C. C. S. C.; SILVA, L. C. A. O corpo da mulher contemporânea em revista. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 24, n. 2, p. 385-404, 2012.

NEELS, H. et al. Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *The Journal of Physical Therapy Science*, v. 28, n. 5, p. 1524-1533, 2016.

OLSEN, W. *Coleta de dados: debates e métodos fundamentais em pesquisa social*. Porto Alegre: Penso, 2015.

RAO T. S.; NAGARA, J. A. M. Female sexuality. *Indian Journal Psychiatry*, India, v. 57, n. 2, p. 296-302, 2015.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. M. Expressão do afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 2, p. 321-328, 2012.

SILVA, D. A. et al. *Feminilidades: corpos e sexualidades em debate*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s*, Campina Grande, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SILVA, G. S.; GONÇALVES, G. B.; SPARAPAN, J. A. Wanderlust, navegar é preciso: reflexões sobre o desejo sexual em relacionamentos a longo prazo. In: BORTOLOZZI, A. C.; COSTA, T. G.; CARVALHO, L. R. S. de. *Leituras sobre a sexualidade em filmes: corporeidades e padrões sociais*. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. v. 4.

SUBTIL, M. M. L. et al. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioterapia e Movimento*, Curitiba, v. 24, n. 4, p. 745-753, 2011.

TEDESCHI, L. A. *As mulheres e a história: uma introdução teórico metodológica*. Dourados: Ed. UFGD, 2012.

THOMAS, H. N.; THURSTON, R. C. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, Limerick, v. 87, n. 1, p. 49-60, 2016.

WHOQOL. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YAVAGAL, S. et al. Normal Vulvovaginal, Perineal, and Pelvic Anatomy with Reconstructive Considerations. *Seminars in Plastic Surgery*, v. 25, n. 2, p. 121-129, 2011.