

ISSN 2763-9738

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

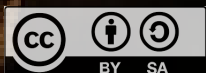
Dez 2025 n. 5 v.2



RBFEP



DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(2)



Editorial: Que ano sinistro!



Recentemente a segunda parte do filme *Wicked* foi lançada mundialmente. O filme fala sobre uma jovem com poderes mágicos, mas o que mais destoa nela não é a magia, e sim sua pele verde e sua atitude contrária às maldades que ela vê ao seu redor.

O nome do filme, que é baseado em um livro, é incrível, pois pode representar algo incrível (That book was wicked! = Aquele livro foi sensacional!), assim como pode representar algo ruim (He is a wicked man. = Ele é um homem malvado). Na língua portuguesa, encontramos a palavra sinistro como uma gíria quase equivalente: "O show foi sinistro!" = sensacional / "Aquele homem é sinistro" = assustador).

Por este motivo que quis usar esse adjetivo para nomear este ano, pois tivemos coisas muito sinistras (em ambos os aspectos): ao mesmo tempo que tivemos grandes representações de pessoas trans, também tivemos um dos anos com maior perseguição à essas pessoas (inclusive nasceu um movimento chamado 'LGB sem T' – sim, em pleno 2025, ultraconservadores do meio LGBTQIAPN+ querem tirar pessoas TQIAPN+ da sigla por simples preconceito; o avanço da proibição do aborto após 22 semanas na Comissão de Direitos Humanos do Senado; a perseguição de médicos que lutam pelo parto, indo contra a cultura da cesárea indiscriminada; sem falar no surto de feminicídios que cresceu este ano. Tudo isso mostra como o ano de 2025 foi sinistro, marcado com muitas lutas – e embora o ano esteja acabando, as lutas, infelizmente, estão longe do fim.

Mas não vivemos só de sinistros ruins, então permitam-me trazer boas novas: tivemos avanços no estudo de medicamento brasileiro para devolver a mobilidade em pessoas tetraplégicas; lutas contra a adultização e abuso sexual infantil; e lutas também pela dignidade menstrual; o Brasil saiu, mais uma vez, do mapa da fome; universidades criam cotas exclusivas para pessoas trans –



entre várias outras boas novas.

E é por toda essa “Sinistruosidade” de 2025 que achei curioso o Editorial do fechamento deste ano ter parado em minhas mãos: um ano marcado por transfobia e sexismo parar nas mãos de uma pessoa trans não binária. Bem, só espero não ser uma Bruxa “Má” do Oeste e só trazer “coisas ruins” – embora para quem assistiu *Wicked*, sabe que ela só é considerada má pois está tentando fazer as pessoas verem coisas que não conseguem ver. De mesma forma, não espero ser Glinda, “a Boa”, só iludindo ao trazer “boas novas”.

Mas até mesmo Glinda consegue nos ensinar muita coisa: muitas vezes, não conseguimos mudar algo de fora para dentro, a luta é de dentro para fora. E nós, como Fisioterapeutas Pélvicos, entendemos muito bem disso: são coisas que estão dentro de nós que causam desconfortos – e assim sendo, a transformação tem que ocorrer de dentro para fora – seja essa transformação no corpo, ou na sociedade.

E aproveitando este clima de final de ano, propício para mudanças e transformações, que eu quero te lembrar que o descanso é fundamental. Precisamos descansar deste Ano Sinistro para trazer mudanças e transformações no ano que vai se iniciar. Parafrazeando meu querido amigo e fundador desta revista: “Nós não podemos desistir”. E concordo com ele, não podemos desistir, pois “precisamos ser a transformação que queremos ver no mundo”, afinal, Ainda Estamos Aqui.

Prof. Dr. Gianluca Loyolla Montanari Leme

Doutor em Desenvolvimento Humano e Tecnologias
Especialista em Terapia Sexual e Psicopatologia

Índice



Editorial	2
Artigos Originais	
A ereção do clitóris e a pandemia de disfunção erétil feminina encoberta pela misoginia ainda rastejante do século XXI Lampe ACJ, Ayala A, Latorre GFS.	5
Impacto do uso de contraceptivos orais sobre a função do assoalho pélvico de mulheres Cardoso ACM, Severino L, Homem CL, Minetto AI.	20
Fisioterapia urológica na saúde do homem: cenário do conhecimento entre homens adultos Nakassimi JR I, Bueno GTA.	45
A fisioterapia com o método hipopressivo no PO de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas Paim DEL, Framento JL, Homem CL, Minetto AI.	56
Prevalência de IU em mulheres praticantes de FitDance e impacto na Qualidade de Vida Guilhen AS, Viana SJ, Petricelli CD.	67
Artigos de Revisão	
Fisioterapia Pélvica na Disfunção Erétil e Ejaculação Precoce: revisão integrativa Santos LGP, Holovati EP, Pereira WM, Leonel AT.	76
Método Pilates como estratégia de reabilitação da incontinência urinária no período gestacional Ciaramello AB, Gois E, Peetz L, Gianoni ST, Lago AF, Grange VR.	92

A ereção do clitóris e a pandemia de disfunção erétil feminina encoberta pela misoginia ainda rastejante do século XXI



Ana Clara Jablonski Lampe¹, Alessandra Ayala², Gustavo F. Sutter Latorre³.

RESUMO

Submissão: 24/09/2025

Aceite: 11/11/2025

Publicação: 21/12/2025

Panorama: São escassos os estudos sobre o caráter erétil do clitóris, e a informação na literatura é conflitante. **Objetivo:** Levantar as evidências sobre a realidade ou não da ereção do clitóris e discutir os achados às luzes das teorias atuais de sexualidade. **Método:** Revisão sistemática das bases PubMed, SciELO, LILACS e Wiley, sob os termos "clitoris" and "erection" em agosto do corrente. **Resultados:** Retornaram 54 artigos da base PubMed, 28 da SciELO, 124 da LILACS, e 444 da Wiley. Foram incluídos 200 restando 8 após as exclusões. **Conclusão:** O clitóris é um órgão erétil com ereção eficaz. Possui corpos cavernosos e esponjosos funcionais dispendo de complexos arteriais, venosos e músculos estriados responsáveis por bloquear este sangue causando ereção. Esta ereção é alienada do conhecimento, incluindo negligência científica, que pode estar mascarando uma pandemia de disfunção erétil feminina. A correção do estado da arte, científico e popular, é urgente.

ABSTRACT

Panorama: Studies on the erectile function of the clitoris are scarce, and the information in the literature is conflicting. **Aims:** To gather evidence on the reality or not of clitoral erection and discuss the findings in light of current theories of sexuality. **Method:** Systematic review of the PubMed, SciELO, LILACS, and Wiley databases, using the terms "clitoris" and "erection" in August of this year. **Results:** 54 articles were returned from PubMed, 28 from SciELO, 124 from LILACS, and 444 from Wiley. 200 were included, leaving 8 after exclusions. **Conclusion:** The clitoris is an erectile organ with effective erection. It has functional corpora cavernosa and spongiosum, with arterial and venous complexes and striated muscles responsible for blocking this blood flow, causing erection. This erection is alienated from knowledge, including scientific negligence, which may be masking a pandemic of female erectile dysfunction. Correcting the current state of the art, both scientifically and in popular understanding, is urgent.

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Criciúma, SC, Brasil. anaclarampe@uol.com.br

² Fisioterapeuta Pélvica, Florianópolis, SC, Brasil. alessandraperineo@gmail.com

³ Doutor em Clínica Cirúrgica, Fisioterapeuta Pélvica, Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil. gustavo@perineo.net

INTRODUÇÃO

Sempre houve, especialmente no ocidente, muita disparidade na expressão sexual das mulheres quando comparada à dos homens. Ilustrando, a pílula anticoncepcional, fator emancipador da sexualidade feminina, foi recebida pela sociedade como algo imoral, enquanto a sildenafil para melhoria da função erétil masculina recebeu investimentos de pesquisa imediatos, logo sendo disponibilizada para venda e aclamada pelo grande público¹. Interessantemente tendencioso, para dizer o mínimo.

Ao que parece esse padrão vem se repetindo ao longo das décadas, sem grandes mudanças. A comunidade científica parece seguir focada na satisfação sexual masculina, relegando às mulheres o posto de 'utilidade fértil', sem maiores preocupações com o seu prazer sexual, sob o "senso comum" de que elas apresentariam "biologicamente menos desejo sexual do que homens", por conta de níveis inferiores de testosterona². Convenientemente para uma falácia, a quantidade de testosterona necessária para um desejo sexual "normal" em indivíduos saudáveis, a literatura não deixa clara³.

É possível que uma das principais causas desse ataque à sexualidade feminina seja a quase completa ausência do clitóris na literatura técnica e científica – não há, hoje, um só atlas de anatomia que contemple uma única imagem da anatomia do clitóris. Como seria a abordagem de profissionais e acadêmicos de saúde formados sem sequer a noção da anatomia de, nada mais, nada menos, o órgão genital feminino? Uma estrutura cuja função exclusiva é o – repudiado – prazer sexual da mulher⁴? O clitóris é um órgão homólogo ao pênis, formado por glândula, corpos esponjosos e cavernosos, que são, por definição, tecido erétil. Um órgão de anatomia variada, principalmente em tamanho – assim como o pênis. Seu desenvolvimento fetal ocorre de maneira similar, assim como é sua fisiologia.⁴ Dessa forma, é racional considerar que ambos têm comportamentos semelhantes e, se um deles pode apresentar ereção, o outro também provavelmente deve apresentar. Contudo, em pleno século XXI ainda não há consenso na literatura a esse respeito.

É intrigante o fato de que uma parte da anatomia básica, órgão presente em mais da metade da humanidade, tenha sido quase que totalmente ocultada das literaturas técnica e científica. Todavia as razões históricas da violenta supressão do prazer sexual feminino, ocultando com ela seu célebre ícone anatômico, é hoje bem conhecida. Remotas escaras sociopolíticas que, ainda que putrefeitas e em franca decomposição, seguem profundamente arraigadas na tradição cultural ocidental⁵.

Nas primeiras sociedades humanas, de caçadores-coletores, a força física não fazia muita diferença para a sobrevivência. Como até meados da idade dos metais não se entendia o papel do macho na reprodução (inclusive a humana), nestas sociedades a mulher ocupava um papel central, sagrado, pelo fato de ter o poder de gerar a vida. Havia divisão de trabalho, mas não desigualdade social por causa do sexo, com rodízio de lideranças. Sociedades assim podem ser encontradas até hoje nos povos *mahoris* (Indonésia), nos *bosquímanos* (África Central) e em alguns povos indígenas brasileiros. Mas a descoberta da capacidade de plantar e das leis da reprodução sexuada permitiram o início primitivo da agricultura e pecuária, trazendo a necessidade de cercar e proteger as culturas, agora privadas. A violência física se torna necessária e, aquele com maior potencial à força física e violência, começa a reinar. O desejo de não “perder” as posses acumuladas mesmo depois de morto, torna necessária a figura do herdeiro “legítimo”, que impedirá que os acúmulos do pai se percam. Daí surge a necessidade de uma mulher “virgem” e assexual: a mulher passa a ser um capital, criada intocada e apresentada à sociedade como um bem de mercado quando iniciada sua capacidade reprodutiva (festa de 15 anos) e, após fechado o negócio entre o proprietário original (pai) e o comprador (noivo) mediante pagamento (dote ou fiança – daí o termo *fiancéé*, utilizado até hoje como sinônimo de “noivo” em francês e inglês), numa data solene na qual toda a comunidade testemunha o ato de fechamento do negócio no momento em que o pai passa a mão da filha ao comprador. Torna-se necessário o mito da mãe virgem, santa, para convencer particularmente as mulheres a ocuparem este papel social passivo, trancada dentro de casa para evitar o risco de “bastardos” que venham macular a dinâmica econômica do patriarcado – onde o nome, as posses, a importância social passa de pai para filho, sendo a mulher apenas um capital como qualquer outro. A necessidade de manter as mulheres alienadas de sua óbvia capacidade de estudar, trabalhar, governar – e de fazer sexo por vontade própria – necessita que se proíba à mulher de estudar, trabalhar, votar e fazer sexo fora do casamento. A necessidade da virgem assexual, com fins puramente reprodutivos, convenientemente ocultou totalmente o clitóris. Os direitos femininos de estudar, trabalhar e votar foram reconquistados, na prática, apenas no começo do século XX, sendo a liberdade sexual somente nos anos 1970⁵⁻⁸ e o direito de conhecer o clitóris somente em... bem... vencido o primeiro quarto do século XXI, este é precisamente o objetivo do presente estudo.

Embora seja verdade que mulheres têm maior prevalência de disfunções sexuais, principalmente do desejo, no Brasil, a biologia não é causa direta do fato, mas sim o fenômeno é

consequência psicossocial de uma sociedade patriarcal e a sua violenta supressão da expressão sexual da mulher, cuja liberdade sexual foi – e continua sendo – calada durante milênios⁹. A carência na literatura científica de um enfoque à anatomia e fisiologia do clitóris – sua função erétil, por exemplo, semelhante à abordagem com relação ao pênis, estabelece uma base para a fisiopatologia da função sexual que diferencia mulheres e homens não apenas anatômica ou hormonalmente, mas de modo social. Enquanto a disfunção sexual masculina é tema popular e eloquentemente estudado, com claro enfoque no prazer, a disfunção sexual feminina parece seguir relegada à reprodução apenas: se funciona bem, tudo bem, senão, trata-se – e o prazer feminino parece não importar. Os fundamentos deste estranho comportamento social são resumidos no parágrafo acima.

Na CID-11 as “disfunções na excitação sexual” são divididas por gênero. Para homens, elas aparecem resumidas sob a alcunha “disfunção erétil”, descrevendo diretamente as alterações na ereção peniana, enquanto para a mulher aparecem de maneira menos específica, como “disfunção da excitação sexual da mulher”, em que a descrição sequer cita o clitóris, órgão sexual feminino, mesmo ainda sua ereção¹⁰.

Não muito diferente, na DSM-V, na descrição de transtornos mentais associados a disfunções sexuais, a disfunção erétil também é descrita como uma afecção masculina, não especificada como “do homem” em título, mas explícita em utilizar referências masculinas ao se referir a pacientes com o transtorno. Para mulheres, o documento se limita ao diagnóstico de “transtorno do orgasmo feminino” e “transtorno de interesse/excitação feminino”, onde junta a categoria como resposta sexual emocional e física, sem especificar a presença da ereção do clitóris¹¹.

As disfunções sexuais femininas têm histórico de terem sido categorizadas de forma linear, seguindo o padrão da resposta sexual, por exemplo, disfunção sexual do desejo, seguido por excitação, orgasmo, e presença de dor. A DSM-V trouxe uma versão mais complexa, onde as disfunções se interrelacionam¹¹, mas que ainda carecem de termos mais acurados em relação a fisiologia da excitação feminina, o que limita a comunidade científica a categorizar a excitação como algo não diretamente associado à presença da ereção do clitóris.

Apesar de existirem estudos na avaliação e tratamento da disfunção de desejo, o que é válido para questões psicológicas, hormonais e de relações interpessoais na sexualidade¹², pouco se fala dos componentes físicos não patológicos que atuam na disfunção da excitação, o que é primordial

para melhor entendimento da resposta sexual da pessoa com clitóris. Dado o contexto, e ante o exposto, o presente estudo tem por objetivo responder se o clitóris apresenta ereção ou não, com base na literatura disponível no presente.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática na qual o levantamento de dados se deu a partir da Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Wiley Online Library (Wiley). Para a base PubMed foram usadas as palavras-chave “clitoris” e “erection”; para a SciELO e LILACS, foi usada a palavra-chave “clitoris”; na Wiley, a busca foi realizada com os descritores “clitoris” e “erection”, de 2010 a 2025, restrita a “Journals”. Todas as buscas foram realizadas no dia 06/08/2025.

Os títulos foram selecionados por dois pesquisadores independentes, em seguida foram feitas as leituras dos resumos e consequentes exclusões, para finalmente a leitura dos textos na íntegra e tabulação de acordo com autor, ano, método, resultados e conclusão.

Foram incluídos estudos clínicos randomizados com grupo controle (nível [A]), estudos clínicos não controlados (nível [B]), séries de casos ou estudos de caso (nível [C]), opiniões de especialistas e outras revisões (nível [D]), evidenciando e/ou reconhecendo a existência do clitóris. Foram excluídos estudos que não descrevessem a fisiologia do clitóris durante a excitação e estudos repetidos nas bases de dados.

RESULTADOS

As buscas eletrônicas geraram um total bruto de 54 artigos na base PubMed, 28 na SciELO, 124 na LILACS, e 444 na Wiley. Após a seleção de títulos foram incluídos da base PubMed 34 artigos, da SciELO quatro artigos, da LILACS 33 artigos e da Wiley 129 artigos.

A partir da leitura do resumo foram excluídos 23 artigos da PubMed, todos os quatro artigos da SciELO, os 33 artigos da LILACS e os 129 artigos da Wiley, restando um total de 11 estudos que

supostamente citariam ou descreveriam a ereção do clitóris. Após a leitura destes, três foram excluídos por não citarem, em nenhum trecho, a ereção clitoridiana. Deste modo, de acordo com os critérios, a presente revisão foi erigida sobre apenas oito estudos, todos da base de dados Pubmed.

Tabela 1: Resumo dos artigos incluídos na revisão.

Autor/Ano	Título	Método	Resultados	Conclusão
Shafik, 1993 [B]	Vaginocavernosus reflex. Clinical significance and role in sexual act	Estudo da ação e relevância clínica do reflexo vaginocavernoso em 17 mulheres com idade média de 36,6 anos, com coleta de EMG dos músculos BC e IC na dilatação de balão vaginal.	Houve contração de IC e BC com aumento de amplitude proporcional a aumento de inflação vaginal, e latência do reflexo inversamente proporcional.	A contração reflexa de IC e BC no ato sexual parece aumentar a ereção de clitóris, devido a compressão do tecido erétil subsequente.
Akkus 1995 [C]	Duplex ultrasonography after prostaglandin E1 injection of the clitoris in a case of hyperreactio luteinalis	Estudo de caso de mulher de 45 anos com clitoromegalia persistente em 15 anos de pós-parto com análise de ultrassonografia duplex do clitóris com injeção intracorpórea de prostaglandina E1	Foi identificado ereção de clitóris e aumento de fluxo arterial após administração de prostaglandina, similar ao encontrado no pênis.	Foi concluído que os procedimentos aplicados podem ser eficazes para melhor compreender a hemodinâmica da ereção clitoriana.
Toesca et al, 1996 [B]	Immunohistochemical study of the corpora cavernosa of the human clitoris	Amostras teciduais do clitóris de 5 pessoas (2 excisões cirúrgicas e 3 cadáveres) de 40-55 anos, para descrição morfológica da arquitetura celular e tipos de células responsáveis pela ereção de clitóris	Foram identificados 2 corpos cavernosos formados por tecido erétil, com vasos de diferentes calibres, cuja contratilidade é mediada por tecido muscular, e uma rica rede de terminações nervosas, porém uma ausência de plexo venoso, visto que o tecido erétil estava adjacente a túnica albugínea, diferente da estrutura do pênis.	O estudo sugere que o clitóris possivelmente atinge ingurgitamento, mas não rigidez devido à ausência de um plexo venoso que seja comprimido para gerar ereção

Tabela 1: Continuação

Autor/Ano	Título	Método	Resultados	Conclusão
Park et al, 1997 [A]	Vasculogenic female sexual dysfunction: The hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency	Coelhos brancos foram divididos em grupo controle (n=8) e com aterosclerose (n=7) para determinar o funcionamento fisiológico e patológico do clitóris.	O grupo com aterosclerose apresentou menor aumento de fluxo sanguíneo, pressão intragenital e mudanças de comprimento vaginal comparado ao grupo controle, causado por alterações histológicas fibróticas	O ingurgitamento vaginal e ereção de clitóris são dependentes de um aumento de fluxo sanguíneo, e tecido. A aterosclerose pode ser associada a disfunção erétil do clitóris e insuficiência de ingurgitamento vaginal.
Gragasin et al, 2004 [B]	The neurovascular mechanism of clitoral erection: nitric oxide and cGMP-stimulated activation of BKCa channels	Investigar os mecanismos de ação e indução elétrica do relaxamento do tecido erétil do clitóris, via análise histológica do tecido do clitóris de ratos fêmeas	O relaxamento, ou seja, ereção, do clitóris, é mediado por um mecanismo dependente de óxido nítrico e GMPc, que pode ser visualizado através da indução de FES.	A descrição do mecanismo de produção de óxido nítrico e eletrofisiologia do clitóris facilita o entendimento da função sexual feminina e da disfunção erétil do clitóris.
Shafik et al, 2009 [B]	An electrophysiological study of female ejaculation	Foi coletado eletromiografia (EMG) do corpo cavernoso (CC) do clitóris, músculos bulbocavernosos (BC) e isquiocavernosos (IC), e pressão intrauterina e intravaginal, durante eletrovibração do clitóris até o ponto de sensação de orgasmo e sua duração auto-relatada, de 38 mulheres.	Durante a eletrovibração do clitóris, foi atingida ereção total de clitóris apresentando alta amplitude de ICM em EMG e ausência de amplitude de CC, e amplitude intermitente de EMG de IC e BC, e do útero, durante o orgasmo. Nenhuma mulher apresentou ejaculação.	A ereção total de clitóris foi atingida a partir de aumento do tônus IC, associado a relaxamento muscular e dilatação venosa do CC, e levou ao orgasmo após estímulo contínuo de eletrovibração do clítoris.

Tabela 1: Continuação

Autor/Ano	Título	Método	Resultados	Conclusão
Puppo, 2013 [D]	Anatomy and Physiology of the Clitoris, Vestibular Bulbs, and Labia Minora With a Review of the Female Orgasm and the Prevention of Female Sexual Dysfunction	Revisão para esclarecer aspectos da anatomia e fisiologia dos órgãos eréteis e orgasmo feminino, para melhor educação sexual e prevenção de disfunções sexuais femininas.	Apresenta o aparato erétil feminino como: clitóris (glândula, corpo e crura), bulbos vestibulares e pequenos lábios, que são estruturas externas à membrana perineal. Na excitação sexual experimenta aumento do fluxo sanguíneo e consequente ereção, similar ao pênis, através da compressão do músculo isquiocavernoso, e mantida pelo seu reflexo involuntário. A ereção se apresenta com inchaço e rubor genital e desaparecimento da glândula, coberta pelo prepúcio, contínuo com os pequenos lábios, o que impossibilita sua retração. Tecidos genitais eréteis masculino e feminino possuem as mesmas origens embriológicas. Ereção em 3 fases: latência, tumescência e rigidez muscular. Ocorre a partir de um mecanismo neurovascular que leva ao influxo de sangue arterial e obstrução de retorno venoso.	Profissionais de saúde devem parar de usar termos que não compreendem a ereção de clitóris e não tem embasamento científico quanto a sua estrutura e funcionamento. Entender a anatomia e mecanismos dos órgãos eréteis femininos são essenciais para melhor entender e tratar da saúde sexual feminina.
Nguyen et al, 2023 [C]	Probable drug-induced clitoral priapism due to potentiating effects of pregabalin and duloxetine.	Estudo de caso de mulher afro-americana de 53 anos em tratamento com duloxetina e pregabalina para ansiedade, com relato de dor e inchaço clitoriano persistente	Exame físico indicou presença de priapismo clitoriano como efeito colateral das medicações, cuja combinação resultou em relaxamento da musculatura lisa do tecido erétil e consequente ereção persistente de clitóris	Medicações podem afetar a vasoconstrição por meio de receptores serotoninérgicos ou canais dependentes de cálcio, resultando em ereção de clitóris.

DISCUSSÃO

Aquilo que chamamos ciência ou, mais precisamente, a ciência ocidental, sabia praticamente nada sobre a função sexual humana até os lendários primeiros estudos de William Masters & Virgínia Johnson em 1957. São eles os primeiros a abordar cientificamente a função sexual feminina, apresentando o caráter erétil do clitóris de modo explícito na célebre obra de 1966: "...um ingurgitamento com ereção, como se vê no pênis"¹⁴. Além de suas próprias observações *in loco* da ereção clitoridiana, os autores se embasaram, também, no pioneiro Atlas de Anatomia Sexual de Dickinson¹⁵ que, em 1949, já mostrava o aumento de tamanho, especialmente de diâmetro, do clitóris durante a excitação. A ereção clitoridiana era, naquela época, considerada um fato inclusive óbvio, considerando a verossimilhança anatômica e fisiológica com o pênis.

Todavia, ao que parece, este fenômeno incomodou a maioria da comunidade científica dos anos subsequentes, que deliberadamente escolheu obscurecer e questionar o caráter erétil do clitóris, adotando sistematicamente o termo "ingurgitamento" para referir-se ao aspecto do órgão durante a excitação sexual. Não está claro o motivo pelo qual a ereção feminina possa ter ofendido a comunidade científica da época.

Curiosamente, a comunidade científica da época era composta majoritariamente por homens já que, até 1879, não era permitido às mulheres o acesso à universidade: apenas no século XX a maioria das universidades começou a permitir o ensino feminino¹⁶. Começando a corrida com séculos de desvantagem, as mulheres ainda hoje seguem minoria – 30% a 40% da comunidade científica em geral¹⁷. A hipótese de que a comunidade científica tenha deliberadamente obliterado a ereção feminina por questões puramente machistas e patriarcais é, apesar de apenas hipotética, fascinante, merecendo novos estudos no campo psicossocial.

Talvez comparar o clitóris ao pênis fosse repugnante para o macho cristão, acostumado à imagem imaculada da fêmea necessária ao patriarcado. Talvez o machismo não permitisse que a sexualidade da mulher fosse igual ou, quiçá, superior. Talvez reconhecer a mulher como entidade sexual pudesse inflamar uma indesejada revolução na igualdade de direitos que destruiria a hierarquia patriarcal. Ou, talvez, considerando que a maior parte da comunidade científica é constituída por homens e que 56% destes apresentam disfunção erétil²⁶ enquanto 75% apresentam ejaculação precoce²⁷, pode ser que a disfunção sexual de quem escreve tenha deixado um sentimento de

inferioridade no caso de reconhecer que o clitóris é tão – ou mais – funcional que o pênis e, ironicamente, o abjeto comentário de “mal-comida” inverteria de papéis. Caso você tenha achado o presente parágrafo preconceituoso e de mal gosto é porque ele realmente o é – muito embora longe de ser inútil: tente relê-lo invertendo os papéis de “homem” para “mulher”, e perceba como, de modo assustador, ele parece “socialmente” muito mais aceitável. E isso, por si só, diz praticamente tudo o que se precisa dizer a respeito da nossa cultura atual, aquela que passamos adiante para as próximas gerações.

Os resultados do presente estudo fornecem massiva evidência de que o clitóris é um órgão erétil. Tal afirmação não deveria causar espanto, pelo contrário, é mais do que previsível, considerando a anatomia do órgão, composto de corpos cavernosos e esponjosos e um sistema de arteríolas e veias perfeitamente adaptados ao mecanismo erétil – rigorosamente iguais aos do pênis. A ereção clitoridiana é tão fácil de comprovar que inclui até mesmo um caso de priapismo – ou disfunção da ereção persistente¹⁸!

Entretanto, é importante ressaltar a evidência de que o conhecimento da ereção clitoridiana não é algo atual. Desconsiderando o atlas de anatomia de Dickinson (1949)¹⁵ e os artigos de Masters & Johnson (1966)¹⁶, o estudo mais antigo incluído na presente revisão foi aquele no qual Shafik (1993)¹⁹, descreve a contração reflexa da musculatura superficial genital feminina e sua relação com a ereção do clitóris. Na mesma época, mas na contramão, Toesca et al (1996)²⁰ negam a ereção do clitóris, afirmando que ele incha mas não enrijece, devido a supostas diferenças anatômicas entre o clitóris e o pênis – sem, no entanto, descrever estas diferenças. Ainda pior, os autores não deixam claro a suposta relação biomecânica destas diferenças, mantendo, portanto, tal hipótese no campo das suposições. Estas afirmações de Toesca et al.²⁰ são derruídas pelo incisivo Puppo (2013)⁴ que, ao contrário de meras suposições, junta estudos sobre priapismo – casos patológicos de ereção persistente – descritos tanto para pênis quanto para clitóris. Corroborando, Akkus (1995) descreve um caso de clitoromegalia, onde foi possível visualizar o comportamento hemodinâmico clitoriano similar ao encontrado no pênis²¹. Ainda de modo mais definitivo, poucos anos antes Shafik (2009)²² demonstrou, de forma objetiva e observável, a análise eletrofisiológica da ereção clitoridiana de 38 mulheres. A ereção do clitóris não é apenas visível a olho nu, ela é também objetivamente mensurável.

Agigantando ainda mais a evidência, Nguyen et al. (2022)¹⁸, mostraram como a ereção do

clitóris, a partir da administração medicamentosa, foi tão facilmente observável quanto a mesma no pênis. Este mesmo tipo de observação existe em estudos com animais, como os de Park et al. (1997)²³ e Gregasin et al. (2004)²⁴, onde foi observada a ereção de clitóris induzida pelos mesmos mecanismos fisiológicos que o pênis^{23,24}, exceto no caso de disfunção no fluxo sanguíneo²⁴, ou noutros termos, disfunção erétil. O clitóris não só apresenta ereção, mas também disfunção erétil por incompetência venosa²⁴. Sabendo-se que “disfunção erétil incompetência venosa” é apenas um termo impreciso e pouco apropriado para a disfunção erétil causada por disfunção dos músculos superficiais do assoalho pélvico, particularmente isquiocavernosos e bulbocavernosos²⁵, tal conhecimento representa um marco importante para o entendimento das disfunções sexuais femininas, em especial a disfunção erétil do clitóris causada pela falência funcional dos músculos estriados esqueléticos que envolvem este órgão. Distendido este novo horizonte, novos estudos a respeito se fazem urgentes.

Enquanto na primeira metade do século XXI não há sequer um único estudo – nenhum! – focado na disfunção erétil feminina, estudos tratando da disfunção erétil por escape venoso – exatamente o mesmo – porém de pessoas com pênis, abundam na literatura científica, isso desde os pioneiros estudos de Masters & Johnson nos anos 1950, até as centenas de estudos atuais, prolificamente publicados todos os meses. O tratamento da disfunção erétil para pessoas com pênis é focado na retomada do prazer sexual, enquanto que, para a mulher, a falta de prazer é uma expectativa social, um senso comum. As heranças perniciosas da anulação sexual da mulher pelo patriarcado ainda seguem, não só presentes, mas arraigadas na cultura e na ciência ocidental.

Em nossa empreitada pelos escassos ensaios que demonstraram a ereção clitoridiana encontramos estudos abordando diversos aspectos biopsicossociais e físicos da função sexual feminina, bem como suas respectivas disfunções. Tais estudos, apesar de cientificamente válidos, têm sua perspectiva limitada pelo uso de uma linguagem que não só menospreza, mas dissimula e encoberta a ereção do clitóris e, com ela, parte fundamental da sexualidade feminina como um todo. Ainda mais grave, o uso de termos como “ingurgitamento” como referência ao evento consequente à excitação sexual feminina, em lugar de “ereção”, é não apenas uma falha técnica (congestão e ereção são eventos distintos e subsequentes), mas também um exemplo de como uma sociedade patriarcal e sexista agride os direitos da pessoa com clitóris sobre suas prerrogativas mais vitais.

Desgraçadamente, é possível afirmar com certa segurança que o principal problema hoje não

é escassez de conhecimento ou das bases fisiológicas a respeito da ereção do clitóris, mas sim uma arcaica, infundada e injusta noção de superioridade biológica ainda arraigada em nossa cultura, que facilmente aceita que a saúde sexual da pessoa com pênis depende diretamente de sua capacidade de ereção, enquanto a saúde sexual da mulher, alijada e alienada de sua capacidade fundamental de gerar prazer, reside unicamente sobre a capacidade de reprodução. Mesmo nos dias de hoje a mulher ainda continua sendo vista como uma propriedade, uma mercadoria útil para a conservação do capitalismo patriarcal hereditário. Os ecos desta mentalidade continuarão existindo enquanto utilizarmos os termos “virgem” para seres humanos que ainda não iniciaram a vida sexual com parceria, ou “promíscua” (e todas suas variantes chulas) para mulheres que fazem sexo puramente por prazer – um direito alienável de qualquer ser humano.

A ereção do clitóris – ou simplesmente ereção – é um entendimento fundamental não só para a avaliação e tratamento das disfunções sexuais femininas, mas uma ferramenta cognitiva para que a sociedade em geral possa abandonar as putrefeitas heranças patriarcais que ainda tentam anular a sexualidade feminina, causando um contingente imensurável de sofrimento para a maior parte da humanidade. Reconhecer a sexualidade feminina e os direitos sexuais da mulher não é fazer justiça – longe disso – mas é devolver um direito alienável a mais da metade da população humana. Corrigir as escaras purulentas do patriarcado dos livros de anatomia, fisiologia e do discurso científico e acadêmico não é urgente (foi urgente no século passado): é desesperadamente atrasado.

CONCLUSÃO

O clitóris é um órgão erétil, formado por estruturas anatômicas naturalmente evoluídas para produzir ereção eficaz, como corpos cavernosos e corpos esponjosos perfeitamente funcionais e que dispõem de um complexo arterial centralizado e um venoso periferizado, bem como dos respectivos músculos estriados esqueléticos responsáveis por bloquear este sangue causando o mecanismo fisiológico conhecido, desde tempos imemoriais, como ereção. Todavia, apesar da massiva evidência científica, clínica e popular, a ereção clitoridiana é propositalmente alienada do conhecimento, tendo como patrocínio uma descarada negligência da comunidade científica atual. Adjunta a tal alienação reside o tenebroso cenário de uma pandemia de disfunção erétil feminina, em pleno curso porém desprezada, deliberadamente encoberta pelo sofisma do clitóris sem ereção.

As causas desta alienação ainda carecem esclarecimento, mas provavelmente se fundamentam no caráter historicamente patriarcal, sexista e misógino da sociedade ocidental moderna. Estas características, apesar de inaceitáveis pela Declaração dos Direitos Humanos de 1948 cruzam, ainda que rastejantes, o primeiro quarto do século XXI, e de modo vergonhosamente vitorioso.

Não só é urgente a correção de todo o estado da arte do conhecimento científico atual, mas ainda mais fundamental é a iluminação do grande público a respeito do tema. A comunidade não pode esperar pela oxigenação da arcaica sociedade machista que ainda compõe, majoritariamente, a comunidade científica, para que a ereção do clitóris e, com ele, a igualdade sexual feminina, recebam o status que merecem. Trata-se de questão de direito: a sexualidade é um direito inalienável de qualquer ser humano, independentemente de qualquer outra coisa. É preciso que a população se levante e finalmente arranque estas informações da indecente obscuridade na qual ainda perdura. Em plena Era da Informação, cada um de nós é capaz de levar conhecimento adiante e colocar inúmeras pedras na pavimentação do futuro no qual a igualdade sexual seja, de fato, real. A sexualidade feminina do século XXI exige apenas igualdade. Reflita, cara leitora, por alguns minutos, se por acaso a população feminina – mais da metade da população mundial – clamasse por justiça: pelos séculos de desprezo, humilhação, sabotagem, sofrimento, torturas, assassinatos em massa... Bem... se justiça fosse o clamor, talvez falem adjetivos para descrever o horror que se seguiria. Por sorte, o mundo que as mulheres algum dia construíram e, nalguns raros lugares seguem construindo, está longe desse tipo de terror que, ao que parece, consiste em artimanha particularmente masculina.

REFERÊNCIAS

1. Potts M. Why Can't a Man Be More Like a Woman? *Obstetrics & Gynecology*. 2005 Nov;106(5, Part 1):1065–70.
2. Van Anders SM. Testosterone and Sexual Desire in Healthy Women and Men. *Archives of Sexual Behavior*. 2012 May 3;41(6):1471–84.
3. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Girdali A, Goldstein I, Goldstein SW, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Journal of Women's Health*. 2021 Apr 1;30(4):474–91.

4. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*. 2012 Nov 21;26(1):134–52.
5. Muraro RM. Introdução História ao Malleus Maleficarum in Kramer H & Sprengler J. O Martelo das Feiticeiras. Rio de Janeiro: Rosa Dos Tempos, 3ed, 1991, 528 p.
6. Foucault M. História da Sexualidade: 1. A vontade de saber. (2022) Rio de Janeiro: Paz & Terra, 14ª ed. 175 p.
7. Foucault M. História da Sexualidade: 2. O uso dos prazeres. (2022) Rio de Janeiro: Paz & Terra, 14ª ed. 319 p.
8. Foucault M. História da Sexualidade: 3. O cuidado de si. (2022) Rio de Janeiro: Paz & Terra, 7ª ed. 315 p.
9. Araújo G, Zanello V. Sexual desire in Brazilian women: an integrative review of scientific literature. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2022;39(e210036).
10. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Who.int. 2025. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V [Internet]. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. Available from: <https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf>
12. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*. 2013 Oct;100(4):898–904.
13. Pettigrew JA, Novick AM. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2021 Sep 12;66(6):740–8.
14. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. 1988. Masters and Johnson on Sex and Human Loving. Boston, MA: Little Brown. p 1–621.
15. Dickinson RL. Human Sex Anatomy: A Topographical Hand Atlas Medical aspects of human fertility. Williams & Wilkins, Univ. Minnessota, 1949. 145 p.
16. Wikipedia. Mulheres na ciência. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Mulheres_na_ci%C3%Aancia. Acesso em 31/08/2025.
17. The Economist. The gender gap in science [Internet]. The Economist. 2017 [cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://www.economist.com/graphic-detail/2017/03/10/the-gender-gap-in-science>
18. Nguyen J, Chin JJ, Blalock M. Probable drug-induced clitoral priapism due to potentiating effects of pregabalin and duloxetine. *American Journal of Health-System Pharmacy [Internet]*.

2022 Sep 16 [cited 2025 Sep 8];80(1):e14–7. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36112421>

19. Shafik A. Vaginocavernosus Reflex. Clinical significance and role in sexual act. Gynecologic and Obstetric Investigation [Internet]. 1993 Jan 1 [cited 2025 Sep 8];35(2):114–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8449442>
20. Toesca A, Stolfi VM, Cocchia D. Immunohistochemical study of the corpora cavernosa of the human clitoris. *Jornal of Anatomy*. 1996;188:513–20.
21. Akkus E, Carrier S, Turzan C, Wang TN, Lue TF. Duplex ultrasonography after prostaglandin E1 injection of the clitoris in a case of hyperreactio luteinalis. *The Journal of Urology*. 1995;153(1237-1238).
22. Shafik A, Shafik IA, El Sibai O, Shafik AA. An Electrophysiologic Study of Female Ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2009 Sep 21;35(5):337–46.
23. Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky M, Krane R, Azadzi K. Vasculogenic female sexual dysfunction: The hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *International Journal of Impotence Research*. 1997 Mar 1;9(1):27–37.
24. Gragasin FS, Michelakis ED, Hogan A, Moudgil R, Hashimoto K, Wu X, et al. The neurovascular mechanism of clitoral erection: nitric oxide and cGMP-stimulated activation of BK_{Ca} channels. *The FASEB Journal*. 2004 Sep;18(12):1382–91.
25. Latorre GFS, Fernandes L, Machado MP. Fisioterapia sobre a disfunção erétil de pacientes não prostatectomizados. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2021) 1(1)70-81.
26. Moreira Jr ED, Bestane WJ, Bartolo EB, et al. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in Santos, southeastern Brazil. *Sao Paulo Med J/Rev Paul Med* 2002;120(2):49-54.
27. El-Hamd MA, Saleh R, Majzoub A. Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian J Androl*. 2019 Sep-Oct;21(5):425-432. doi: 10.4103/aja.aja_122_18. PMID: 30860082; PMCID: PMC6732885.

Impacto do uso de contraceptivos orais sobre a função do assoalho pélvico de mulheres atendidas pelo SUS



Ana Carolina Martins Cardoso¹, Luana Severino¹
Caroline Luchtemberg Homem² e Ariete Inês Minetto³

RESUMO

Panorama: Saúde e bem-estar femininos são negligenciados pela sociedade e instituições de saúde. A inserção da mulher no mercado de trabalho e o avanço dos direitos sexuais intensificou o uso de contraceptivos hormonais, mas no Brasil ainda são escassos os estudos que investigam a relação entre o uso dos métodos contraceptivos e disfunções pélvicas em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Compreender os impactos desses métodos na musculatura do assoalho pélvico, a fim de contribuir para intervenções mais eficazes e individualizadas. **Método:** Estudo de campo, observacional, transversal, descritivo e exploratório com o FSFI e o PISQ-12, de 22 mulheres atendidas por uma Clínica Escola. **Resultados:** Usuárias de contraceptivos hormonais apresentaram menores escores de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, além de maior prevalência de dor e diminuição na força muscular. **Conclusão:** O uso de contraceptivos hormonais pode impactar negativamente a função sexual feminina, destacando-se a necessidade de novas investigações.

ABSTRACT

Panorama: Women's health and well-being are neglected by society and health institutions. The insertion of women into the labor market and the advancement of sexual rights have intensified the use of hormonal contraceptives, but in Brazil, studies investigating the relationship between the use of contraceptive methods and pelvic floor dysfunctions in women treated by the Brazilian Unified Health System (SUS) are still scarce. **Aims:** To understand the impacts of these methods on the pelvic floor muscles, in order to contribute to more effective and individualized interventions. **Method:** A field study, observational, cross-sectional, descriptive and exploratory, using the FSFI and PISQ-12, of 22 women treated at a University Clinic. **Results:** Users of hormonal contraceptives presented lower scores for desire, arousal, lubrication, orgasm, and satisfaction, as well as a higher prevalence of pain and decreased muscle strength. **Conclusion:** The use of hormonal contraceptives can negatively impact female sexual function, highlighting the need for further research.

Submissão: 04/07/2025

Aceite: 25/11/2025

Publicação: 21/12/2025

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, SC, Brasil.
² Fisioterapeuta, Esp. Docente Prog. Resid. Mult. Saúde Colet, UNESC, Criciúma, SC. carolineluchtemberg@unesc.net
³ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde, docente curso de Fisiot. UNESC, Criciúma, SC, Brasil. ariete@unesc.net

INTRODUÇÃO

Ao longo da história o bem-estar feminino não recebeu o cuidado necessário, tanto pela sociedade quanto pelas entidades de saúde¹; entretanto, quando as mulheres foram inseridas no âmbito profissional e com o progresso sobre os direitos sexuais e reprodutivos, procuraram-se métodos capazes de evitar a concepção, visto que agora essa classe poderia ajudar nas despesas da família¹. Dessa forma os métodos contraceptivos hormonais foram desenvolvidos na década de 1960 nos Estados Unidos².

No entanto, no contexto brasileiro pouco se sabe sobre a distribuição desse método e sobre as mudanças na percepção das mulheres em relação à prevenção da concepção³. Considerando a necessidade de um programa voltado para a distribuição dos insumos contraceptivos, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, onde o alvo principal era o acesso da população feminina aos métodos contraceptivos³.

O SUS disponibiliza, de forma gratuita, diversas formas de contraceptivos. Algumas dessas formas são os preservativos femininos e masculinos, dispositivos intrauterinos (DIU), anticoncepcionais hormonais de via oral ou injetável, pílula de urgência, vasectomia e laqueadura⁴. Entre as diferentes pílulas anticoncepcionais existentes, duas são as mais utilizadas: as que combinam estrogênio e progesterona (COC); apenas progesterona (POP), estes dois tipos podem ser usados de forma contínua ou prolongado⁵.

Considera-se que os hormônios possuem efeitos diretos sobre a região pélvica, cooperando para diversas disfunções, bem como que a disfunção sexual é qualquer distúrbio que altere a rotina sexual habitual⁶. De acordo com um estudo desenvolvido por Bouchard et al⁷, que descreve o uso dos ACO's associado ao desenvolvimento da síndrome de vestibulite vulvar, com o risco aumentado em mulheres jovens que utilizam ACO's precocemente, além de tempo de duração maior de utilização.

A vestibulite vulvar é caracterizada pela presença de dor ao toque, dor vulvar na tentativa de entrada vaginal e durante relação sexual (dispareunia)⁷. O uso de anticoncepcionais em especial os de baixa concentração de estrogênios também se mostra como um causador dessa condição, já que o seu uso pode provocar alterações de trofismo na parede do canal vaginal⁸.

Os COC estão relacionados à falta de lubrificação, à redução do prazer sexual e ao aumento

da dor durante a relação sexual. Essa ocorrência pode estar relacionada com a diminuição do andrógeno circulante a partir de dois mecanismos: a suspensão da produção de androgênios pelos ovários e a diminuição da presença de testosterona livre. Presume-se que os andrógenos são responsáveis pela síntese de glicoproteínas, gerando assim o muco⁹.

Além das alterações hormonais e seus impactos diretos na função sexual feminina, outras condições clínicas também podem comprometer significativamente a saúde sexual e urinária das mulheres. Um exemplo relevante é a cistite intersticial, que se manifesta por dor pélvica intensa acompanhada de sintomas urinários como dispareunia, frequência e urgência miccional e noctúria, afetando predominantemente o público feminino¹⁰.

O funcionamento adequado dos músculos que compõem o assoalho pélvico (MAP) proporciona às mulheres maior funcionalidade nas atividades diárias, além de melhorar a continência fecal e urinária, a sexualidade e o parto¹¹. No entanto, algumas mulheres podem sofrer de disfunções, como será abordado neste estudo.

Frequentemente, essas disfunções resultam de um desequilíbrio nas forças desse grupo muscular. A gravidade dessas disfunções pode aumentar devido à obesidade, ao número de gestações, à constipação, cirurgias prévias em região pélvica e à atividade com levantamento de peso¹².

Nesse mesmo contexto de disfunções urogenitais, destaca-se ainda a incontinência urinária (IU), definida como a perda involuntária de urina, refletindo a perda do controle vesical. A IU é comumente classificada em três tipos principais: de esforço ou estresse, de urgência e a mista, que combina características das duas primeiras¹³.

Entre os transtornos dolorosos que afetam a saúde sexual da mulher, o vaginismo e a dispareunia merecem atenção especial. O vaginismo é caracterizado por contrações musculares involuntárias que ocorrem de forma recorrente ou persistente durante a tentativa de penetração vaginal, ou até mesmo antes desse momento, impactando de maneira significativa a vida sexual e emocional da mulher¹⁴.

Já a dispareunia causa dores antes, depois ou no momento da relação sexual que pode acontecer de forma persistente ou recorrente. Essa patologia possui causas multifatoriais, sendo as mais comuns a inflamação pélvica crônica, cistite intersticial, infecções, lesões dos MAP, que ocorrem

principalmente durante o parto vaginal, aderências, violência sexual além dos fatores psicossociais como depressão e ansiedade¹⁵. O uso de anticoncepcionais em especial os de baixa concentração de estrogênios também se mostra como um causador dessa condição, já que o seu uso pode provocar alterações de trofismo na parede do canal vaginal¹⁶. Podemos classificar a dispareunia como sendo superficial, quando acomete a vulva e a entrada vaginal, e como profunda, quando a área do colo uterino e bexiga são afetadas¹⁷.

A fisioterapia no tratamento de dispareunia busca, nesse caso, reabilitar o AP, através de liberação miofascial, estimulação elétrica neural transcutânea (TENS), estimulação elétrica funcional (FES), calor e frio, entre outras formas de tratamento¹⁸. A consciência da mulher se torna eficaz para o tratamento e para alcançar esse objetivo podemos utilizar o aparelho biofeedback¹⁸.

O tratamento para incontinência urinária (IU) é baseado em exercícios para fortalecimento dos músculos que compõem o AP¹⁹. Dessa forma, o tratamento fisioterapêutico busca reeducar o reflexo perineal antes que aconteça o esforço, uma maior consciência e a realização da contração correta dos MAP, assim como a ativação e coordenação dos músculos abdominais²⁰.

Diante da complexidade dessas disfunções, o tratamento fisioterapêutico tem se mostrado uma abordagem eficaz, especialmente em casos como a vulvodínia e o vaginismo citados por Prendergast, (2017)²¹. No caso da vulvodínia, a fisioterapia é baseada em técnicas de mobilização e estabilização da região pélvica, com o objetivo de reduzir restrições teciduais e melhorar a mobilidade interarticular²¹.

Já no tratamento do vaginismo, a terapia manual é empregada para normalizar o tônus muscular, aumentar a circulação sanguínea, melhorar a flexibilidade muscular e estimular o fluxo linfático, contribuindo para a melhora dos sintomas e da qualidade de vida das pacientes²².

Desse modo, a fisioterapia tem como objetivo investigar o impacto do uso de métodos contraceptivos na funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico (AP) em mulheres atendidas pelos serviços de fisioterapia do Sistema Único de Saúde (SUS), pois compreender essa relação pode contribuir para a melhoria da saúde pélvica e da qualidade de vida dessas pacientes, além de orientar intervenções mais eficazes e personalizadas no que se refere aos métodos contraceptivos hormonais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo observacional com abordagem transversal, além de ser descritiva e exploratória. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob o número CAAE 84777024.3.0000.0119.

O presente estudo foi coletado no laboratório do Programa de Assistência Multidisciplinar Uroginecológica – LABIURO, nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma - SC. Participaram da pesquisa mulheres entre 18 e 35 anos, que estivessem realizando o uso de algum método anticoncepcional hormonal por pelo menos três meses, mulheres que não realizavam o uso de algum método anticoncepcional hormonal por pelo menos três meses e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Num primeiro momento foi encaminhado um questionário *online* via *e-mail* para todas as estudantes e funcionárias da universidade com o objetivo de realizar a captação das participantes. Inicialmente foram obtidas 296 respostas. Com isso, 37 mulheres foram excluídas da pesquisa por não possuírem a idade exigida na proposta deste estudo. As demais foram contatadas via *Whatsapp*, por onde foi agendado o dia e o horário da avaliação, que contou com a aplicação dos três questionários descritos a seguir.

A caracterização sociodemográfica da amostra, coletada com o uso de um questionário produzido pelas pesquisadoras. Com esse instrumento foi possível coletar informações como: nome, sexo, orientação sexual, a atividade ou inatividade sexual, o autoconhecimento vaginal, história obstétrica, complicações e/ou cirurgias ginecológicas, se faz uso de algum método anticoncepcional hormonal ou não, o nome do fármaco e por quem foi realizada a indicação para o uso do medicamento.

O Questionário Female Sexual Function Index (FSFI) é um instrumento de avaliação validado e utilizado em pesquisas clínicas para diagnosticar possíveis disfunções sexuais, avaliando o índice da função sexual feminina nas últimas 4 semanas, contendo 19 perguntas direcionadas ao desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor. As pontuações individuais são calculadas somando os itens de cada domínio (score simples), que depois são multiplicados pelo fator correspondente a esse domínio, resultando no score ponderado. A pontuação final (score total, que varia de 2 a 36) é obtida ao somar os scores ponderados de todos os domínios. As questões 1

e 2 são direcionadas ao desejo, as de número 3,4, 5 e 6 sobre a excitação, as questões 7,8,9 e 10 falam sobre a lubrificação, 11,12 e 13 são direcionadas ao orgasmo, as de número 14,15 e 16 sobre a satisfação e, por fim, as questões 17, 18 e 19 relacionadas à dor ou ao desconforto durante ou após a penetração vaginal.

O Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) é um questionário validado, que busca avaliar a função sexual feminina, especificamente de mulheres com Incontinência Urinária e prolapsos de órgãos pélvicos, sendo uma versão reduzida do PISQ-31. Esse questionário avalia três áreas: comportamento e emoções (itens 1 a 4), aspectos físicos (itens 5 a 9) e a relação com o parceiro (itens 10 a 12). Trata-se de um questionário que a pessoa pode responder sozinha, utilizando uma escala de cinco pontos que iniciam em 0 (sempre) e terminam em 4 (nunca). Os itens de 1 a 4 são pontuados de forma inversa, e a pontuação máxima é 48; quanto maior a pontuação, melhor é a função sexual. É permitido ter até duas respostas em branco. Para calcular a pontuação total, considera-se o número de itens multiplicado pela média das respostas dadas.

O resultado final do PISQ-12 é apresentado como uma única pontuação referente à função sexual. Os domínios não são apresentados separadamente. As pontuações individuais são calculadas somando os itens de cada domínio (escore simples), que depois são multiplicados pelo fator correspondente a esse domínio, resultando no escore ponderado. A pontuação final (escore total, que varia de 2 a 36) é a soma dos escores ponderados de todos os domínios.

Após a aplicação dos três questionários e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizado o exame físico para descartar condições que poderiam interferir nos resultados. Antes de iniciar o protocolo de medição, as mulheres foram orientadas a esvaziar a bexiga.

A força do assoalho pélvico (AP) foi avaliada em posição litotômica, utilizando o aparelho Duaplex Plus, da marca Quark acoplado ao tablet da Samsung, com uma sonda perineal vaginal PelviFit Lite descartável do aparelho com preservativo não lubrificado, projetada para captar o sinal da musculatura perineal. A sonda foi inserida no canal vaginal, e a participante foi orientada a contrair o assoalho pélvico com força máxima a cada quinze segundos, com um descanso de igual tempo.

Foram realizadas três medições com duração de dois minutos, com intervalos de um minuto entre elas, considerando-se, ao final, a média das três medições.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva, através da geração de tabelas de frequência simples e comparativas entre usuárias e não usuárias de métodos contraceptivos para todas as variáveis qualitativas do estudo. Os dados coletados foram digitados e tabelados com o auxílio do Software Microsoft Excel e importados para o software IBB SPSS versão 21, onde foram realizadas as análises estatísticas do presente estudo.

RESULTADOS

A faixa etária com a maior porcentagem (59,1%) foi composta por mulheres entre 19 e 25 anos. Sendo 40,9% com idade de 26 a 35 anos. As mulheres em sua maioria (63,6%) são usuárias de métodos contraceptivos hormonais e apenas 36,4% utilizam outros métodos contraceptivos.

Tabela 1: Resultados do FSFI (Female Sexual Function Index)

	Usuárias de métodos contraceptivos (n = 14)		Não usuárias de métodos contraceptivos (n = 8)		Total (n = 22)	
	n	%	n	%	n	%
Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?						
Quase sempre ou sempre	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Às vezes (na maioria das vezes)	2	14,3%	4	50,0%	6	27,3%
Algumas vezes	5	35,7%	0	0,0%	5	22,7%
Nunca ou quase nunca	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo sexual e interesse?						
Muito alto	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Alto	2	14,3%	4	50,0%	6	27,3%
Moderado	5	35,7%	4	50,0%	9	40,9%
Baixo	4	28,6%	0	0,0%	4	18,2%
Não responderam	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Total	14	100,0%	8	100,0%	22	100,0%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu sexualmente excitado durante a atividade sexual ou relação sexual?						
Quase sempre ou sempre	2	14,3%	5	62,5%	7	31,8%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Às vezes (na maioria das vezes)	4	28,6%	1	12,5%	5	22,7%
Algumas vezes	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível de excitação sexual ("virar on") durante atividade sexual ou relação sexual						
Muito alto	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Alto	5	35,7%	4	50,0%	9	40,9%
Moderado	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, quão confiante você estava sobre ficar sexualmente excitado durante a atividade sexual ou relação sexual?						
Muita confiança	2	14,3%	2	25,0%	4	18,2%
Alta confiança	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Confiança moderada	6	42,9%	4	50,0%	10	45,5%
Baixa confiança	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, com que frequência você ficou satisfeito com sua excitação durante a atividade sexual ou relação sexual?						
Quase sempre ou sempre	2	14,3%	5	62,5%	7	31,8%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Algumas vezes (menos da metade das vezes)	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Nas últimas semanas com frequência você ficou lubrificada durante atividade ou relação sexual?

Quase sempre ou sempre	2	14,3%	4	50,0%	6	27,3%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	6	42,9%	2	25,0%	8	36,4%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Algumas vezes (menos da metade das vezes)	0	0,0%	2	25,0%	2	9,1%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, quão difícil foi ficar lubrificado ("molhado") durante atividade ou relação sexual?						
Difícil	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Um pouco difícil	5	35,7%	3	37,5%	8	36,4%
Não é difícil	4	28,6%	4	50,0%	8	36,4%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Nas últimas 4 semanas, com que frequência você manteve sua lubrificação até o término da atividade ou relação sexual?						
Quase sempre ou sempre	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	1	7,1%	3	37,5%	4	18,2%
Às vezes (cerca de metade)	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
Algumas vezes (menos da metade)	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, foi difícil manter a lubrificação ("umidade") até o término da atividade sexual ou da relação sexual?						
Muito difícil	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Difícil	0	0,0%	1	12,5%	1	4,5%
Um pouco difícil	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Não é difícil	6	42,9%	5	62,5%	11	50,0%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Total	14	100,0%	8	100,0%	22	100,0%
Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência você atingiu o orgasmo (clímax)?						
Quase sempre ou sempre	2	14,3%	2	25,0%	4	18,2%
Na maioria das vezes (maior parte)	3	21,4%	3	37,5%	6	27,3%
Às vezes (cerca de metade)	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Algumas vezes (menos da metade)	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Nunca ou quase nunca	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quão difícil foi para você atingir o orgasmo (clímax)?						
Extremamente difícil ou impossível	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Difícil	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Um pouco difícil	1	7,1%	3	37,5%	4	18,2%
Não é difícil	3	21,4%	2	25,0%	5	22,7%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tabela 1: Continuação**Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você ficou com sua capacidade de atingir o orgasmo (climáx) durante atividade sexual?**

Muito satisfeito	2	14,3%	3	37,5%	5	22,7%
Moderadamente satisfeito	4	28,6%	4	50,0%	8	36,4%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Moderadamente insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Muito insatisfeito	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você ficou com a quantidade de proximidade emocional durante a atividade sexual entre você e seu parceiro?

Muito satisfeito	6	42,9%	7	87,5%	13	59,1%
Moderadamente satisfeito	3	21,4%	1	12,5%	4	18,2%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você ficou com seu relacionamento sexual com seu parceiro?

Muito satisfeito	4	28,6%	6	75,0%	10	45,5%
Moderadamente satisfeito	5	35,7%	2	25,0%	7	31,8%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Nas últimas 4 semanas, quão satisfeito você esteve com sua vida sexual em geral?

Muito satisfeito	3	21,4%	4	50,0%	7	31,8%
Moderadamente satisfeito	3	21,4%	4	50,0%	7	31,8%
Sobre igualmente satisfeito e insatisfeito	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Moderadamente insatisfeito	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Nenhuma atividade sexual	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor durante penetração vaginal?

Quase sempre ou sempre	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Na maioria das vezes (maior parte)	3	21,4%	1	12,5%	4	18,2%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	0	0,0%	1	12,5%	1	4,5%
Algumas vezes (menos da metade)	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nunca ou quase nunca	3	21,4%	5	62,5%	8	36,4%
Não tentou ter relações	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%

Tabela 1: Continuação

Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desconforto ou dor após penetração vaginal?						
Na maioria das vezes (maior parte das vezes)	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Às vezes (cerca de metade das vezes)	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Algumas vezes (menos da metade das vezes)	2	14,3%	2	25,0%	4	18,2%
Nunca ou quase nunca	3	21,4%	6	75,0%	9	40,9%
Não tentou ter relações	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após penetração vaginal?						
Muito alto	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Alto	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Moderado	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Baixo	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
Muito baixo	2	14,3%	5	62,5%	7	31,8%
Não tentou ter relações	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Não responderam	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

O domínio desejo é avaliado a partir sobre a frequência do desejo sexual, que foi abordado em 22 mulheres. Entre as participantes, 5 relataram sentir desejo sexual "quase sempre ou sempre" (22,7%), sendo 3 usuárias de contraceptivos e 2 não usuárias. A resposta mais comum entre as não usuárias foi "às vezes" (50,0%), enquanto entre as usuárias predominou a opção "algumas vezes" (35,7%). Apenas 2 mulheres (9,1%) indicaram "nunca ou quase nunca" sentirem desejo, ambas usuárias. Apenas uma, entre as usuárias, não respondeu ao questionário.

Na avaliação do nível de desejo sexual nas últimas quatro semanas, o nível "moderado" foi o mais frequente, relatado por 9 participantes (40,9%), sendo 5 usuárias e 4 não usuárias. A classificação "alta" apareceu em 6 respostas (27,3%), predominando entre as não usuárias. Apenas 1 usuária de contraceptivo (4,5%) indicou desejo "muito alto". O nível "baixo" foi relatado exclusivamente por 4 usuárias (18,2%). Houve 2 não respostas (9,1%), ambas entre usuárias.

A frequência de excitação "quase sempre ou sempre" foi relatada por 7 participantes (31,8%), sendo predominante entre as não usuárias (62,5%). A resposta "na maioria das vezes" apareceu em 5 casos (22,7%) e "às vezes" em outros 5 (22,7%). Apenas 1 mulher (4,5%) relatou excitação "algumas vezes", e 3 usuárias (13,6%) indicaram ausência de atividade sexual no período.

Houve ainda uma não resposta (4,5%).

Quanto ao nível de excitação sexual durante a atividade sexual, a maioria das participantes relatou excitação "alta" (40,9%), com predominância entre as usuárias. A excitação "moderada" foi referida por 27,3% das mulheres, e "muito alta" por 13,6%. Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu à pergunta, sem ocorrências desses casos entre as não usuárias.

A maioria das participantes relatou confiança moderada para ficar sexualmente excitada (45,5%), sendo levemente mais frequente entre as não usuárias. Níveis "alta" e "muita confiança" foram referidos por 13,6% e 18,2% das mulheres, respectivamente. Apenas uma participante (4,5%) relatou baixa confiança. Três usuárias indicaram ausência de atividade sexual no período, e uma não respondeu - situações não relatadas por não usuárias.

Em relação à satisfação com a excitação sexual, 31,8% das participantes relataram sentir-se satisfeitas "quase sempre ou sempre", sendo esse relato mais comum entre as não usuárias. A resposta "na maioria das vezes" foi referida por 22,7%, enquanto as opções "às vezes" e "algumas vezes" somaram, cada uma, 13,6%. Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual e uma (4,5%) não respondeu - casos não observados entre as não usuárias.

O FSFI avalia a frequência e a facilidade de lubrificação durante a atividade sexual, bem como a manutenção da lubrificação até o final da relação. A maioria das participantes relatou ter ficado lubrificada "na maioria das vezes" (36,4%), especialmente entre usuárias de contraceptivos. A resposta "quase sempre ou sempre" apareceu em 27,3% dos casos, com predominância entre as não usuárias. As demais respostas ("às vezes" e "algumas vezes") somaram 9,1% e 9,1%, respectivamente. Três usuárias (13,6%) indicaram ausência de atividade sexual, e uma (4,5%) não respondeu.

Sobre a dificuldade de lubrificação, a maioria das participantes considerou que era "um pouco difícil" (36,4%) ou "não é difícil" (36,4%), com distribuição semelhante entre usuárias e não usuárias. Apenas uma usuária (4,5%) relatou dificuldade significativa. Três mulheres (13,6%) indicaram não ter tido atividade sexual no período, e duas (9,1%) não responderam.

Em relação à manutenção da lubrificação até o fim da relação, a resposta mais frequente foi

"às vezes" (31,8%), com predominância entre as não usuárias. A opção "quase sempre ou sempre" apareceu em 27,3% dos casos, e "na maioria das vezes" em 18,2%. Apenas uma participante (4,5%) indicou "algumas vezes". Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual, e uma (4,5%) não respondeu.

O domínio orgasmo foi abordado no FSFI baseado na frequência com que as mulheres atingiram o ápice da relação sexual. A maioria das participantes relatou ter atingido o orgasmo "na maioria das vezes" (27,3%), com distribuição equilibrada entre usuárias e não usuárias. A opção "quase sempre ou sempre" apareceu em 18,2% dos casos. Frequências menores, como "às vezes" (13,6%), "algumas vezes" (9,1%) e "nunca ou quase nunca" (13,6%), também foram registradas. Três usuárias (13,6%) não tiveram atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu.

A dificuldade em atingir o orgasmo foi mais frequentemente relatada como "difícil" (27,3%), seguida por "não é difícil" (22,7%) e "um pouco difícil" (18,2%). Três participantes (13,6%) relataram ser extremamente difícil ou impossível. Casos de ausência de atividade sexual (13,6%) e uma não resposta (4,5%) foram observados apenas entre as usuárias de contraceptivos.

A maioria das participantes relatou estar moderadamente satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (36,4%). Cinco mulheres (22,7%) declararam estar muito satisfeitas. Foram identificados também níveis de insatisfação entre algumas usuárias (moderada: 4,5%; muita: 4,5%) e não usuárias (muita: 4,5%). Três usuárias (13,6%) não tiveram atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu. A satisfação foi avaliada em relação a proximidade emocional durante a atividade sexual, com o relacionamento sexual com o parceiro e com a vida sexual em geral.

Com relação à proximidade emocional durante a atividade sexual, a maioria das participantes (59,1%) relatou estar muito satisfeita com a proximidade emocional durante a atividade sexual, sendo essa percepção mais expressiva entre as não usuárias de contraceptivos. A satisfação moderada foi apontada por 18,2% das mulheres, enquanto apenas uma (4,5%) se declarou neutra. Três usuárias (13,6%) relataram ausência de atividade sexual no período, e uma (4,5%) não respondeu.

A dor também está entre os domínios do FSFI, que foi abordada sobre a frequência e intensidade de desconforto ou de dor relacionados à penetração vaginal nas últimas quatro semanas. A dor ou desconforto durante a penetração foi mais frequente entre as usuárias de contraceptivos,

com 35,7% relatando incômodo recorrente ("quase sempre", "na maioria das vezes" ou "algumas vezes"). Em contraste, a maioria das não usuárias (62,5%) afirmou nunca ou quase nunca sentir dor. Três usuárias (13,6%) relataram não ter tentado relações sexuais no período, e uma (4,5%) não respondeu.

A dor ou desconforto após a penetração vaginal foi mais relatada entre as usuárias de contraceptivos, com 50,0% mencionando episódios em alguma frequência, contra 25,0% das não usuárias. A maioria das não usuárias (75,0%) afirmou nunca ou quase nunca sentir dor após o ato sexual, percentual superior ao observado entre as usuárias (21,4%). Três usuárias não tentaram ter relações sexuais no período e uma não respondeu.

Entre as participantes do estudo, as complicações ginecológicas mais frequentes foram corrimento vaginal (54,5%), infecção urinária (22,7%) e cistite (18,2%). Em menor frequência, relataram-se cistos e sangramentos vaginais (13,6% cada), dismenorreia, dor pélvica crônica, endometriose e prolapsos (9,1% cada). Condições relatadas por apenas uma participante (4,5%) incluíram ausência de lubrificação, candidíase de repetição, diminuição da libido, incontinência urinária e ovários policísticos. Apenas 13,6% das mulheres não relataram nenhuma complicação ginecológica.

Em relação às disfunções sexuais, a queixa mais frequente foi a dispareunia (22,7%), seguida pela diminuição da libido (18,2%) e da lubrificação (13,6%). Anorgasmia, ausência de lubrificação e vaginismo foram relatados por 9,1% das participantes, enquanto a disfunção orgásmica apareceu em apenas um caso (4,5%). Destaca-se, contudo, o elevado número de participantes que não responderam a essa seção do questionário (40,9%).

A maioria das mulheres participantes (95,5%) relatou conhecer bem sua anatomia íntima, demonstrando elevado grau de autoconhecimento corporal. Quanto à vida sexual, os padrões de frequência variaram: 22,7% relataram relações sexuais duas ou três vezes por semana, 18,2% uma vez por mês e 13,6% uma vez por semana. Frequências mais baixas e a inatividade sexual (9,0%) também foram observadas.

A aplicação do questionário PISQ-12 evidenciou diferenças entre usuárias e não usuárias de contraceptivos hormonais. No quesito desejo sexual, 50% relataram sentir com frequência, sendo 75% entre as não usuárias. Apenas uma mulher afirmou sentir desejo sempre, e outra, raramente. Em relação ao orgasmo, 40,9% disseram alcançá-lo frequentemente e 31,8% algumas vezes; 4,5%

nunca o atingem. Sobre a excitação sexual, houve equilíbrio: 50% sempre e 50% frequentemente. Já a satisfação sexual foi mais alta entre não usuárias (75% sempre satisfeitas), contra 21,4% entre usuárias.

No domínio físico, 31,8% nunca sentem dor durante a relação, e outros 31,8% raramente. Dor frequente ou constante foi relatada por 35,7% das usuárias, enquanto nenhuma das não usuárias relatou esse quadro. Incontinência urinária durante o sexo foi rara (13,6% no total) e apenas entre usuárias. Medo de incontinência ou abaloamento vaginal como impeditivos da vida sexual foram praticamente inexistentes. Emoções negativas durante o sexo (como culpa ou vergonha) foram raras: 63,6% nunca sentiram, e 22,7% raramente.

Tabela 2: PISQ – 12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire –12)

Domínio Comportamento e emoções	Usuárias de métodos contraceptivos (n = 14)		Não usuárias de métodos contraceptivos (n = 8)		Total (n = 22)	
	n	%	n	%	n	%
1. Com que frequência você sente desejo sexual? Este desejo pode incluir o desejo de realizar o ato sexual, planeja realiza-lo, sentir-se frustrada pela falta de relações sexuais, etc..						
Sempre	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Frequentemente	5	35,7%	6	75,0%	11	50,0%
Algumas vezes	7	50,0%	2	25,0%	9	40,9%
Raramente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
2. Você chega ao orgasmo quando tem relações sexuais com seu parceiro?						
Sempre	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Frequentemente	5	35,7%	4	50,0%	9	40,9%
Algumas vezes	6	42,9%	1	12,5%	7	31,8%
Raramente	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
Nunca	0	0,0%	1	12,5%	1	4,5%
3. Você se sente excitada quando tem relações sexuais com seu parceiro?						
Sempre	7	50,0%	4	50,0%	11	50,0%
Frequentemente	7	50,0%	4	50,0%	11	50,0%
4. Você está satisfeita com sua atividade sexual atualmente?						
Sempre	3	21,4%	6	75,0%	9	40,9%
Frequentemente	4	28,6%	1	12,5%	5	22,7%
Algumas vezes	3	21,4%	1	12,5%	4	18,2%
Raramente	4	28,6%	0	0,0%	4	18,2%
Total	14	100.0%	8	100.0%	22	100.0%

Tabela 2: Continuação

5. Você sente dor na relação sexual?						
Sempre	3	21,4%	0	0,0%	3	13,6%
Frequentemente	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Algumas vezes	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Raramente	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
Nunca	4	28,6%	3	37,5%	7	31,8%
6. Você sofre perda de urina durante a relação sexual?						
Frequentemente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Raramente	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Nunca	11	78,6%	8	100,0%	19	86,4%
7. O medo da Incontinência (anal ou urinária) restringe a sua vida sexual?						
Sempre	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Nunca	13	92,9%	8	100,0%	21	95,5%
8. Você evita relações sexuais pelo abaloamento na vagina (seja bexiga reto ou vagina)?						
Nunca	14	100,0%	8	100,0%	22	100,0%
9. Quando você tem relações sexuais com seu parceiro, você tem emoções/pensamentos negativos, como medo, repugnância, vergonha ou culpa?						
Frequentemente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Algumas vezes	2	14,3%	0	0,0%	2	9,1%
Raramente	4	28,6%	1	12,5%	5	22,7%
Nunca	7	50,0%	7	87,5%	14	63,6%
Total	14	100,0%	8	100,0%	22	100,0%
10. Seu companheiro tem algum problema de ereção que afeta sua vida sexual?						
Algumas vezes	1	7,1%	2	25,0%	3	13,6%
Nunca	13	92,9%	6	75,0%	19	86,4%
11. Seu companheiro tem algum problema de ejaculação precoce que afeta sua vida sexual?						
Frequentemente	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Algumas vezes	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Raramente	0	0,0%	2	25,0%	2	9,1%
Nunca	12	85,7%	6	75,0%	18	81,8%
12. Em comparação com orgasmos que tiveste no passado, como classificaria os orgasmos que tem tido nos últimos 6 meses?						
Muito mais intensos	1	7,1%	1	12,5%	2	9,1%
Mais intensos	0	0,0%	2	25,0%	2	9,1%
Igual intensidade	6	42,9%	2	25,0%	8	36,4%
Menos intensos	4	28,6%	2	25,0%	6	27,3%
Muito menos intensos	2	14,3%	1	12,5%	3	13,6%
2 anos sem relação	1	7,1%	0	0,0%	1	4,5%
Total	14	100,0%	8	100,0%	22	100,0%

Quanto à relação com o parceiro, 86,4% disseram que a disfunção erétil do companheiro nunca afetou a vida sexual, e 13,6% relataram impacto ocasional - mais entre não usuárias. A ejaculação precoce também foi rara, afetando mais usuárias. Em relação à intensidade dos orgasmos recentes, 36,4% disseram que se mantiveram iguais, 18,2% sentiram mais intensos e 40,9% relataram orgasmos menos intensos que no passado.

Em relação à força da musculatura, foi realizada uma média, através da quantificação da força utilizando o Biofeedback, nos grupos de mulheres usuárias e de não usuárias de métodos contraceptivos, sendo 45,02% das mulheres usuárias e 56,88% de mulheres não usuárias.

Tabela 3: Força de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP)

Musculatura média	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	P-valor
Usuárias de métodos contraceptivos	14	45,02	22,12	9,53	78,27	0,112
Não usuárias de métodos contraceptivos	7	56,88	10,51	38,23	66,07	

DISCUSSÃO

Em maio do corrente ano, a “pílula anticoncepcional” oral completou 65 anos desde a sua introdução. Apesar do tempo decorrido, ainda são escassas as evidências científicas que esclareçam plenamente os impactos desse método sobre a sexualidade feminina²³. Diante desse contexto, um dos objetivos do presente estudo foi analisar a presença de sintomas relacionados à disfunção do assoalho pélvico, como por exemplo a dor durante a relação sexual, incontinência urinária, déficit de força muscular nos músculos do assoalho pélvico (MAP), diminuição da libido e da lubrificação em mulheres usuárias e não usuárias de métodos contraceptivos hormonais²³.

A força da musculatura do assoalho pode influenciar na função sexual feminina, interferindo sobre o seu desempenho. Há diferentes estudos relacionando a capacidade de a mulher atingir o orgasmo com a funcionalidade do MAP, através da fraqueza muscular da região pélvica, podendo prejudicar o prazer e o alcance do orgasmo²⁴. De acordo com um estudo realizado por De Menezes

(2017)²⁵, as mulheres que apresentavam anorgasmia, possuíam força muscular diminuída em pubo coccígeo comparada às mulheres que atingiam o orgasmo. Em um estudo realizado por Lowenstein et al (2010)²⁶ há relação entre a duração da contração de MAP e a função sexual, demonstrando resultados positivos sobre o desempenho e o orgasmo.

Embora a correlação direta entre o uso de anticoncepcionais hormonais e a diminuição da força muscular do assoalho pélvico (MAP) ainda não seja amplamente estudada, os seguintes dados foram encontrados ao final das medições da amostra deste estudo: a força média de contração muscular nas mulheres do grupo de usuárias foi de 45,02%, em comparação à média das mulheres não usuárias destes métodos foi de 56,88%, uma diferença de 11,86%.

O ciclo sexual humano foi descrito inicialmente por Master e Johnson na década de 1960, depois ajustado por Kaplan em 1979. Ele é composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução. As reações físicas que acontecem durante esse ciclo e as sensações subjetivas que o acompanham, deram origem ao conceito de "função sexual". Já as condições que não se encaixam nesse padrão foram chamadas de "disfunções sexuais"²⁷.

A análise da função sexual feminina a partir dos domínios avaliados pelo FSFI e pelo PISQ-12 evidenciou diferenças importantes entre mulheres usuárias e não usuárias de contraceptivos hormonais, especialmente nos aspectos relacionados ao desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor durante a atividade sexual.

Segundo Masters e Johnson (1966)²⁸ o desejo sexual é uma sensação bastante particular que uma pessoa sente, levando-a a querer ou estar aberta para a experiência sexual. As fontes que despertam esse desejo podem variar bastante de uma pessoa para outra. Além disso, fatores como a saúde, episódios de depressão ou ansiedade, sentir-se explorado por alguém, medo de se envolver emocionalmente, entre outros, podem acabar reduzindo ou dificultando o desejo sexual.

No domínio do Questionário Female Sexual Function Index (FSFI), no que se refere ao desejo sexual, as mulheres usuárias de anticoncepcionais hormonais relataram menor frequência e menor nível de desejo sexual em comparação às não usuárias, tendo a maioria das usuárias classificado o desejo como "moderado" (35,7%), enquanto entre as não usuárias metade (50%) relatou desejo frequente e em nível alto.

A excitação sexual também se mostrou mais presente e intensa no grupo de não usuárias. Tal diferença pode ser explicada pela influência dos contraceptivos hormonais na resposta vascular e neurológica da excitação feminina, comprometendo fatores como o fluxo sanguíneo genital e a resposta sensorial ao estímulo sexual. Como apontado por Masters e Johnson (1966)²⁸, o desejo e a excitação são fases interdependentes da resposta sexual, e sua alteração pode comprometer todo o ciclo.

No quesito excitação do questionário Female Sexual Function Index (FSFI), as usuárias de contraceptivos hormonais apresentaram menor frequência e menor nível de excitação sexual em comparação às não usuárias, com apenas 14,3% das usuárias relatando excitação "quase sempre ou sempre", frente a 62,5% das não usuárias.

Outro ponto de diálogo importante entre os instrumentos foi no domínio da dor, revelando um dado preocupante: mulheres usuárias relataram maior prevalência de dispareunia. Isso é consistente com achados da literatura que apontam para a complexidade da dor sexual em mulheres e sua possível associação com o uso de anticoncepcionais, devido à sua influência nos níveis hormonais e na lubrificação vaginal²⁹.

O FSFI identificou a frequência e a intensidade da dor durante e após a penetração vaginal, enquanto o PISQ-12 abordou sintomas associados como medo de incontinência e desconforto com a atividade sexual. A correlação entre os achados de ambos os instrumentos fortalece a hipótese de que mulheres usuárias de contraceptivos hormonais podem apresentar maior sensibilidade à dor, influenciada por alterações hormonais que afetam a lubrificação e o tônus muscular do assoalho pélvico.

Quanto à incontinência urinária (IU), os dados demonstraram baixa prevalência entre as participantes, sem impacto significativo na função sexual da amostra estudada. Esse resultado se diferencia de achados como os de Su et al. (2014)³⁰ que associam IU à diminuição da função sexual. No entanto, como neste estudo a amostra incluiu predominantemente mulheres jovens, a baixa incidência de IU é compatível com o perfil da população e pode explicar a ausência de impacto observado.

De acordo com o estudo realizado em mulheres³¹, a prevalência é de 12,4% em adolescentes e nulíparas, observando a presença de fatores emocionais, envolvendo mulheres jovens, como

ansiedade e depressão. Em um estudo realizado com mulheres turcas em climatério demonstrou-se que 45% das mulheres de meia-idade e pós-menopausa apresentam IU³². A Incontinência urinária está relacionada com a perda de função sexual, demonstrando que as mulheres incontinentes comparadas com mulheres continentais apresentam diminuição da função sexual, principalmente em mulheres com IUE³³.

Segundo um estudo realizado em mulheres com IU, em idades sexualmente ativas, 1/3 das mulheres apresentaram perda de urina durante a relação sexual, além da insatisfação com a atividade sexual devido à preocupação³⁴. Esse resultado se diferencia de achados que associam IU à diminuição da função sexual. Entretanto, como já dito acima, neste estudo a amostra incluiu predominantemente mulheres jovens, a baixa incidência de IU é compatível com o perfil da população e pode explicar a ausência de impacto observado³⁰.

De modo geral, os achados sugerem que o uso de contraceptivos hormonais pode estar associado a efeitos adversos na função sexual feminina, particularmente nos domínios de desejo, excitação, lubrificação e orgasmo. Essa observação reforça a importância de uma abordagem clínica mais sensível às queixas sexuais de mulheres em uso desses métodos, para que possam ser orientadas quanto às possíveis alternativas contraceptivas e estratégias para minimizar os efeitos indesejados.

A maioria das usuárias de contraceptivos hormonais relatou alguma dificuldade na lubrificação vaginal, sendo que 35,7% indicaram que foi "um pouco difícil" manter-se lubrificadas durante a relação e apenas 28,6% conseguiram manter a lubrificação até o final da relação "quase sempre ou sempre". Segundo Gott e Hinchliff³⁵, a presença de lubrificação é de grande importância para função sexual, permitindo que haja proteção do lúmen durante o atrito devido à penetração vaginal; portanto, a sua ausência ou diminuição durante a relação pode causar desconforto, dor e, eventualmente, a libido/desejo não irá surgir. Já a revisão sistemática e meta-análise publicada por Zimmerman Y et al. (2012)³⁶, explicou que os anticoncepcionais orais combinados (COC) podem diminuir de forma significativa os níveis de testosterona total e livre. Além disso, esses anticoncepcionais aumentam os níveis de SHBG, uma proteína que se liga à testosterona, deixando-a inativa. Essa mudança pode afetar negativamente a função sexual, influenciando a libido e a lubrificação vaginal³⁶.

O orgasmo é considerado o ápice da excitação sexual e representa um dos aspectos mais

relevantes da resposta sexual humana. Nas mulheres, a experiência do orgasmo pode variar amplamente, e estudos indicam que cerca de 10% nunca o experimentaram³⁷. No questionário Female Sexual Function Index (FSFI), o domínio relacionado ao orgasmo é avaliado por meio de questões como a de número 11, que investiga a frequência com que ele é atingido durante a relação sexual. Neste estudo, observou-se que a maioria das participantes, tanto usuárias quanto não usuárias de contraceptivos hormonais, relataram satisfação moderada a alta com sua capacidade de atingir o orgasmo. No entanto, uma parcela expressiva apresentou dificuldades, sendo que 42,9% das usuárias e 37,5% das não usuárias relataram dificuldade ou extrema dificuldade em alcançá-lo. De modo geral, os dados indicam que o grupo de mulheres usuárias de métodos contraceptivos apresentou uma menor frequência de orgasmos e menor nível de satisfação com a experiência orgásmica, quando comparado ao grupo de não usuárias.

A satisfação sexual, por sua vez, foi medida de maneira complementar: o FSFI explorou a satisfação emocional e relacional com o parceiro e a própria sexualidade, e o PISQ-12 trouxe elementos funcionais e psicossociais que impactam essa percepção. Em ambos os questionários, observou-se que mulheres não usuárias de contraceptivos relataram maior satisfação, tanto em termos emocionais quanto funcionais, de forma detalhada, conforme avaliada pelos dois questionários se observou uma predominância de respostas mais positivas entre as não usuárias. Esse achado dialoga com a noção de que a satisfação é influenciada por aspectos biopsicossociais. Ainda que mulheres possam relatar baixa libido e ainda assim sentirem-se satisfeitas sexualmente (Santtila et al., 2008)³⁸, no presente estudo parece haver uma relação mais direta entre a menor presença de disfunções e maior satisfação no grupo que não utiliza contraceptivos hormonais. Além disso, os dados sugerem que as usuárias podem vivenciar maior insatisfação relacional, o que pode refletir tanto alterações fisiológicas quanto aspectos subjetivos da sexualidade. De acordo com um estudo realizado em mulheres alemãs com objetivo de analisar o nível de satisfação sexual, 70% responderam estarem satisfeitas com a sua vida sexual em geral, através das relações sexuais (64%) e pela frequência da atividade sexual³⁹.

A aplicação conjunta dos questionários Female Sexual Function Index (FSFI) e PelvicOrganProlapse/UrinaryIncontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) permitiu uma análise mais abrangente da função sexual feminina, abordando tanto os aspectos relacionados à resposta sexual (como desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação) quanto os fatores uroginecológicos que

podem interferir na sexualidade (como dor, incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos).

Enquanto o FSFI se destaca por detalhar os domínios fisiológicos e emocionais da resposta sexual, essenciais para identificar disfunções sexuais em diferentes fases do ciclo sexual descrito por Masters, Johnson e Kaplan, o PISQ-12 foca em como sintomas relacionados à saúde pélvica impactam a qualidade da atividade sexual, principalmente em mulheres que apresentam queixas uroginecológicas.

Vale ressaltar que os dois instrumentos abordam a temática sob perspectivas distintas, mas complementares: o FSFI quantifica a frequência, a dificuldade e a satisfação com o orgasmo, enquanto o PISQ-12 verifica a presença ou ausência de orgasmo e sua regularidade. Neste estudo, observou-se que, embora algumas participantes usuárias de métodos contraceptivos tenham relatado orgasmos frequentes no PISQ-12, a satisfação expressada no FSFI foi inferior à das não usuárias, o que aponta para um possível dissenso entre o fato fisiológico de “ter o orgasmo” e a experiência subjetiva de prazer.

CONCLUSÃO

Com base na revisão de literatura e nos dados analisados através dos questionários (PISQ-12 e FSFI), embora a incontinência urinária não tenha se mostrado altamente prevalente nesta amostra, o PISQ-12 se revelou essencial para rastrear possíveis impactos dessa condição na sexualidade. Mesmo com baixos índices relatados de perda urinária durante o ato sexual, o medo de perda urinária, ainda que pouco frequente, pode afetar a espontaneidade e o conforto durante o sexo, o que o FSFI, isoladamente, não captaria.

Assim, a interlocução entre FSFI e PISQ-12 reforça a importância da abordagem multidimensional da função sexual feminina. Os instrumentos, embora distintos em foco, se complementam ao oferecer um panorama mais completo da vivência sexual das mulheres, especialmente no contexto do uso ou não de contraceptivos hormonais.

Por meio dos resultados alcançados, visou-se contribuir com a comunidade acadêmica e com os profissionais da área para que intervenções mais eficazes e personalizadas no que se refere aos métodos contraceptivos hormonais sejam realizadas e que haja um enriquecimento do conhecimento

sobre os efeitos dos métodos contraceptivos hormonais na funcionalidade da MAP.

No entanto, mesmo diante dos resultados obtidos, destaca-se a importância de mais estudos voltados aos efeitos dos hormônios presentes nos anticoncepcionais, na funcionalidade do assoalho pélvico, bem na sexualidade feminina. Tais pesquisas são importantes para que as mulheres estejam mais conscientes dos efeitos relatados neste estudo e para que os profissionais da saúde possam indicar o contraceptivo mais adequado a cada caso. Sugere-se, ainda, a realização de mais estudos relacionados à composição de cada anticoncepcional hormonal, considerando-se que diferentes compostos podem provocar efeitos colaterais distintos.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Matos MT, Pacheco FKP. Anticoncepcionais e seus impactos negativos na saúde da mulher [monografia na Internet]. *Ânima Educação*; 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/18682>.
2. Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Rev Bras Hist.* 2003 jul;23(45):239–60. Doi: 10.1590/s0102-01882003000100010.
3. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (DF): Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; 2015 [cit 2024 set 9]
4. Rodrigues MAH, Carneiro MM. La contraception dans d'autres pays - État de la situation au Brésil. *MedSci (Paris)*. 2022 Mar;38(3):280–7. doi: 10.1051/medsci/2022029.
5. Cooper DB, Patel P. Oral contraceptive pills. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [citado 2024 set 20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>.
6. Kammerer-Doak D, Rogers RG. Female sexual function and dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008 Jun;35(2):169–83, vii. doi: 10.1016/j.ogc.2008.03.006.
7. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study. *Am J Epidemiol.* 2002 Aug 1;156(3):254–61. doi: 10.1093/aje/kwf037.
8. Lara LAS, Rosa e Silva ACJS, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 jun;30(6):312–21. doi: 10.1055/s-0037-1601435.
9. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med.* 2012 Sep;9(9):2213–23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
10. Newsome G. Interstitial cystitis. *J Am Acad Nurse Pract.* 2003 Feb;15(2):64–

71.doi:10.1111/j.1745-7599.2003.tb00353.x.

11. Förstl N, Adler I, Süß F, Dendorfer S. Technologies for evaluation of pelvic floor functionality: a systematic review. *Sensors (Basel)*. 2024 Jun 20;24(12):4001. doi:10.3390/s24124001.
12. Ramalingam K, Monga A. Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 May;29(4):541–7. doi:10.1097/AOG.0b013e31817cfdde.
13. Irwin GM. Urinary incontinence. *Prim Care*. 2019 Jun;46(2):233–42. doi:10.1016/j.pop.2019.02.004.
14. Alizadeh M, Khadivzadeh T, Ghaffari M, et al. Bio-psychosocial factors of vaginismus in Iranian women. *Reprod Health*. 2021;18(1):1–8. doi:10.1186/s12978-021-01260-2.
15. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019 Nov;30(11):1849–55. doi:10.1007/s00192-019-04019-3.
16. Serati M, Bogani G, Di Dedda MC, Braghiroli A, Uccella S, Cromi A, Ghezzi F. A comparison between vaginal estrogen and vaginal hyaluronic acid for the treatment of dyspareunia in women using hormonal contraceptive. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;191:48-50.
17. Fernández-Pérez P, Leirós-Rodríguez R, Marqués-Sánchez MP, Martínez-Fernández MC, de Carvalho FO, Maciel LYS. Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2023 Jul 24;23(1):387.
18. Fisher KA. Management of dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. *Phys Ther*. 2007 Jul;87(7):935–41. doi:10.2522/ptj.20060168.
19. Alouini S, Memic S, Couillandre A. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence with or without biofeedback or electrostimulation in women: uma revisão sistemática. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2789. doi:10.3390/ijerph19052789.
20. Almeida J, Silva A, Oliveira M, Costa L, Santos R. Eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária: uma revisão sistemática e meta-análise. *Medicina (Kaunas)*. 2022;59(6):1004.
21. Prendergast SA. Pelvic floor physical therapy for vulvodynia: A clinician's guide. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017 Sep;44(3):509–22. doi:10.1016/j.ogc.2017.05.006.
22. Nascimento MÁ do, Rodrigues IOL, Tavares BM de B, Silva DS de S, Silva E de SM, Maximiano HRL, Rodrigues LMR. Atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas: revisão sistemática. [Internet]. Parnaíba: Universidade Federal do Delta do Parnaíba; 2024.
23. Burrows LJ, Bacha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on sexuality: a review. *J Sex Med*. 2012 Sep;9(9):2213–23. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
24. Shafik, A. The Role of the Levator Ani Muscle in Evacuation, Sexual Performance and Pelvic Floor Disorders. *Int Urogynecol J* 11, 361–376 (2000). doi:10.1007/PL00004028.
25. De Menezes Franco, M., Driusso, P., Bø, K. et al. Relação entre a força muscular do assoalho

pélvico e a disfunção sexual em mulheres na pós-menopausa: um estudo transversal. *IntUrogynecol J* 28 , 931–936 (2017). doi: 10.1007/s00192-016-3211-5.

26. Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *IntUrogynecol J*. 2010 May;21(5):553–6. doi:10.1007/s00192-009-1077-5.
27. McHugh MC. What do women want? A new perspective on women's sexual problems. *Sex Roles*. 2006;54:361–9. doi: 10.1007/s11199-006-9006-2.
28. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company; 1966.
29. Battaglia C, Battaglia B, Mancini F, Venturoli S. Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *J Sex Med*. 2012 Dec;9(12):3143–50. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02597.x
30. Su CC, Sun BY, Jiann BP. Association between urinary incontinence and sexual function in women. *Int Urogynecol J*. 2015 Jan;26(1):109–13. doi:10.1007/s00192-014-2522-2.
31. Bardino M, Di Martino M, Ricci E, Parazzini F. Frequency and determinants of urinary incontinence in adolescent and young nulliparous women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(6):462–70.
32. Güvenç G, Kocaöz S, Kök G. Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *Int J Nurs Pract*. 2016 Dec;22(6):649–59. doi:10.1111/ijn.12495.
33. Brubaker L, Chiang S, Zyczynski H, Norton P, Kalinoski DL, Stoddard A, Kusek JW, Steers W; Urinary Incontinence Treatment Network. The impact of stress incontinence surgery on female sexual function. *Am J Obstet Gynecol*. 2009 May;200(5):562.e1-7.
34. Nilsson S, Milsom I, Hedelin H, et al. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(1):105-10. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01120.x.
35. Gott M, Hinchliff S. Barrier to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*. 2003 Dec;20(6):690–5.
36. Zimmerman Y, Eijkemans MJC, Coelingh Bennink HJT, Blankenstein MA, Fauser BCJM. The effect of combined oral contraception on testosterone levels in healthy women: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2014 Jan–Feb;20(1):76–105. doi:10.1093/humupd/dmt038.
37. Wallen K, Lloyd EA. Female sexual arousal: genital anatomy and orgasm in intercourse. *Horm Behav*. 2011 May;59(5):780-92. doi:10.1016/j.yhbeh.2010.12.004.
38. Santtila P, Wager I, Witting K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, Varjonen M, Sandnabba NK. Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(1):31–44. doi:10.1080/00926230701620548.
39. Philippsohn S, Henningsen P, Schwenk M, et al. Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *J Sex Med*. 2009;6(4):1001-1009. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00989.x.

Fisioterapia urológica na saúde do homem: cenário do conhecimento entre homens adultos



Itamar Nakassima Júnior¹ e Gláucia Teles de Araújo Bueno²

RESUMO

Panorama: A fisioterapia urológica é considerada intervenção de primeira linha para diversas disfunções do assoalho pélvico masculino, porém o conhecimento da população ainda é limitado. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento de homens adultos, identificar barreiras de acesso e compreender sua percepção sobre o tema. **Método:** Estudo transversal, qualitativo por meio de questionário online aplicado a homens com 18 anos ou mais, residentes no Brasil, com 107 participantes, dados analisados de forma descritiva. **Resultados:** A maioria nunca ouviu falar sobre fisioterapia urológica (61,7%) e nunca realizou atendimento (93,5%). Predominância de participantes entre 50–59 anos, casados e com elevado nível de escolaridade, onde 87,9% relataram perceber preconceito ou desinformação sobre fisioterapia pélvica masculina. **Conclusão:** Houve baixo conhecimento e pouca vivência prática com fisioterapia urológica, associados a barreiras socioculturais que dificultam o acesso. Os achados reforçam a necessidade de estratégias educativas e institucionais voltadas à ampliação da informação e ao fortalecimento da atenção integral à saúde masculina.

ABSTRACT

Panorama: Urological physiotherapy is considered a first-line intervention for various male pelvic floor dysfunctions; however, public knowledge about it remains limited. **Aims:** To assess the level of knowledge among adult men, identify barriers to access, and understand their perception of the subject. **Method:** A cross-sectional, qualitative study using an online questionnaire applied to men aged 18 or older, residing in Brazil, with 107 participants. Data were analyzed descriptively. **Results:** The majority had never heard of urological physiotherapy (61.7%) and had never received treatment (93.5%). Participants were predominantly between 50 and 59 years old, married, and with a high level of education, with 87.9% reporting perceived prejudice or misinformation about male pelvic floor physiotherapy. **Conclusion:** There was low knowledge and little practical experience with urological physiotherapy, associated with sociocultural barriers that hinder access. The findings reinforce the need for educational and institutional strategies aimed at expanding information and strengthening comprehensive men's health care.

INTRODUÇÃO

A fisioterapia urológica atua na prevenção e no tratamento de disfunções relacionadas ao assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária, bexiga hiperativa, constipação intestinal, incontinência fecal, disfunção erétil e ejaculação precoce¹. Além disso, possui papel consolidado na reabilitação no pré e pós-operatório de cirurgias prostáticas, sendo reconhecida como intervenção de primeira linha em diversos protocolos clínicos internacionais^{2,3}.

A saúde do homem, historicamente, tem sido marcada por lacunas assistenciais e baixa procura por serviços de prevenção e promoção da saúde. Apesar da relevância clínica, estudos apontam que o conhecimento da população masculina sobre a fisioterapia urológica permanece limitado, com baixa taxa de encaminhamentos por parte de profissionais de saúde e barreiras relacionadas a estigma e desinformação^{4,5}.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁶ destaca a necessidade de superar barreiras culturais e ampliar estratégias de promoção da saúde, incentivando o autocuidado e a adoção de práticas preventivas^{7,8}. Contudo, observa-se escassez de estudos que investiguem a percepção dos homens sobre a fisioterapia urológica, o que limita a formulação de ações educativas e preventivas voltadas a esse público.

Dessa forma, compreender o nível de conhecimento de homens adultos sobre a fisioterapia urológica, suas possíveis barreiras de acesso e a percepção acerca do tema é fundamental para subsidiar políticas públicas, protocolos clínicos e ações educativas que favoreçam a integralidade da atenção à saúde masculina.

Os objetivos desta pesquisa são: investigar o nível de conhecimento de homens adultos sobre a fisioterapia urológica e sua importância na saúde masculina, identificar o perfil epidemiológico da população masculina participante, avaliar a percepção dos participantes sobre a fisioterapia urológica, analisar possíveis barreiras ao acesso e à adesão a esse tipo de tratamento e contribuir para a formulação de estratégias educativas e preventivas voltadas à saúde do homem.

A relevância desta pesquisa justifica-se pela escassez de estudos que explorem o conhecimento dos homens sobre a fisioterapia urológica e sua importância na promoção da saúde. Com o aumento da expectativa de vida e a elevação da incidência de disfunções pélvicas, torna-se

urgente ampliar a compreensão sobre a temática. Ao identificar o perfil epidemiológico e o nível de conhecimento dos homens, este estudo poderá subsidiar ações institucionais — públicas ou privadas — voltadas à prevenção e ao tratamento conservador das disfunções urológicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa, cuja população-alvo compreendeu homens adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no Brasil. A amostra foi composta por voluntários recrutados por conveniência, mediante convite realizado por meio de divulgação virtual na rede social *WhatsApp*. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, desenvolvido na plataforma *Google Forms*, contendo 14 questões objetivas voltadas à investigação da percepção e do conhecimento sobre o tema em estudo, disponível por 28 dias no período de 10/07/25 a 06/08/25.

Foram elegíveis os indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: sexo masculino, idade mínima de 18 anos, dispor de acesso à internet e consentir voluntariamente com a pesquisa, mediante aceite eletrônico do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da análise questionários preenchidos de forma incompleta e registros de participantes que não concordaram com os termos da pesquisa.

Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel®. O estudo teve parecer de aprovação ética pelo Parecer Consubstanciado CEP nº 7.690.078.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 107 participantes, em relação a faixa etária, ocorreu maior prevalência de indivíduos entre 50 e 59 anos (34,6%), seguidos por aqueles de 40 a 49 anos (25,2%) e 18 a 29 anos (19,6%). A faixa de 60 anos ou mais representou 14,0% da amostra, enquanto 30 a 39 anos correspondeu a 6,5%. No que se refere ao estado civil, 64,5% dos participantes declararam-se casados ou em união estável. Solteiros corresponderam a 28,0% e divorciados/separados a 6,5%, enquanto 0,9% declararam ser viúvos. Com relação à identidade de

gênero, 96,3% identificaram-se como homens cisgêneros, 1,9% preferiram não responder e 1,9% não declararam. A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 1: Participantes por faixa etária, estado civil, identidade de gênero.

Categoria	n	(%)
Faixa etária		
50 – 59 anos	37	34,6
40 – 49 anos	27	25,2
18 – 29 anos	21	19,6
60 anos ou mais	15	14,0
30 – 39 anos	7	6,5
Estado civil		
Casado(a) / União estável	69	64,5
Solteiro(a)	30	28,0
Divorciado(a) / Separado(a)	7	6,5
Viúvo(a)	1	0,9
Identidade de gênero		
Homem cisgênero	103	96,3
Prefiro não responder	2	1,9
Não declarado	2	1,9

A renda mensal familiar acima de cinco salários-mínimos foi relatada por 62,6% dos participantes, seguida pelas faixas de três a cinco salários-mínimos (21,5%) e de um a três salários-mínimos (10,3%).

A opção “prefiro não responder” foi assinalada por 5,6%. No que tange à região de residência, houve predominância da região Centro-Oeste (66,4%), seguida por Sudeste (18,7%), Nordeste (5,6%), Sul (4,7%) e Norte (3,7%). Quanto à escolaridade, predominou a pós-graduação (39,3%) e o ensino superior completo (33,6%).

O ensino médio e o ensino superior incompleto representaram, cada um, 12,1%, enquanto apenas 0,9% têm o ensino fundamental incompleto. Dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Renda familiar, Região de residência, Escolaridade.

Categoria	n	(%)
Renda familiar		
Acima de 5 salários-mínimos	67	62,6
3 a 5 salários-mínimos	23	21,5
1 a 3 salários-mínimos	11	10,3
Prefiro não responder	6	5,6
Região de residência		
Centro-Oeste	71	66,4
Sudeste	20	18,7
Nordeste	6	5,6
Sul	5	4,7
Norte	4	3,7
Escolaridade		
Pós-graduação (esp., mestrado, doutorado)	42	39,3
Ensino Superior completo	36	33,6
Ensino Médio completo	13	12,1
Ensino Superior incompleto	13	12,1
Ensino Fundamental incompleto	1	0,9

Os resultados apresentados na tabela 3, são em relação ao conhecimento sobre fisioterapia urológica, 61,7% afirmaram nunca ter ouvido falar, 33,6% já haviam ouvido falar, mas relataram saber pouco, e 4,7% afirmaram conhecer bem o assunto. Sobre as fontes de informação, a maior parte relatou nunca ter ouvido falar sobre o tema (54,2%). Entre os que citaram alguma fonte, destacaram-se amigos ou familiares (14,0%), internet e redes sociais (10,3%) e profissionais de saúde (9,3%). Outros, 4,7%, assinalaram profissionais de saúde associados à internet/redes sociais.

No que se refere ao conhecimento sobre indicações e condições clínicas, conforme a tabela 4, 58,9% nunca haviam ouvido falar, 31,8% relataram saber pouco e 7,5% afirmaram conhecer bem. Entre os que referiram algum conhecimento sobre condições clínicas, as mais citadas foram problemas urológicos, como incontinências urinárias e disfunções miccionais (15,0%), seguidos de disfunções sexuais, como ejaculação precoce e disfunção erétil (12,1%). Também houve menções combinadas de problemas urológicos e sexuais (11,2%), além de incontinência urinária isolada

(8,4%). Contudo, 30,8% não responderam a essa questão.

Tabela 3: Conhecimento sobre fisioterapia urológica, Fonte informações relatadas

Categoria	n	(%)
Você já ouviu falar e sabe quais são os benefícios da fisioterapia urológica para homens?		
Não, nunca ouvi falar	66	61,7
Já ouvi falar, mas sei pouco	36	33,6
Sim, conheço bem	5	4,7
Onde você obteve informações sobre Fisioterapia Urológica? (Marque todas as opções que se aplicam)		
Nunca ouvi falar sobre isso	58	54,2
Amigos / Família	15	14,0
Internet / Redes sociais	11	10,3
Profissionais de saúde	10	9,3
Profissionais de saúde + Internet/redes sociais	5	4,7

Tabela 4: Conhecimento das indicações, Condições de saúde conhecidas

Categoria	n	(%)
Você conhece as indicações e/ou as condições em que a fisioterapia urológica pode colaborar para a saúde dos homens?		
Não, nunca ouvi falar	63	58,9
Já ouvi falar, mas sei pouco	34	31,8
Sim, conheço bem	8	7,5
Caso saiba de alguma condição, qual (is) desta (s) tem conhece? (pode marcar mais de uma alternativa)		
Não respondeu	33	30,8
Problemas urológicos (incontinências etc.)	16	15,0
Problemas sexuais (ejaculação precoce, disfunção etc.)	13	12,1
Problemas urológicos + sexuais	12	11,2
Incontinência urinária (isolada)	9	8,4

A tabela 5 apresenta o histórico de consulta com fisioterapeuta urológico. Verifica-se que 93,5% dos participantes informaram nunca ter realizado atendimento e apenas 6,5% afirmaram já ter passado por esse tipo de consulta. Entre os que tiveram acesso, a maioria o fez por meio de plano de saúde (4,7%), seguida de atendimento particular (0,9%). Em relação ao motivo da consulta, as respostas mais citadas foram dor pélvica (1,9%) e associação entre incontinência urinária e pós-operatório de cirurgia prostática (1,9%). A incontinência urinária isolada foi mencionada por 0,9%. A maioria (95,3%) não respondeu.

Tabela 5: Histórico de consulta com fisioterapeuta urológico; Forma de acesso ao fisioterapeuta; Motivo da consulta.

Categoria	n	(%)
Você se lembra de ter realizado alguma consulta com fisioterapeuta urológico?		
Não	100	93,5
Sim	7	6,5
Se sim, o seu acesso ao fisioterapeuta pélvico foi:		
Não respondeu	101	94,4
Plano de saúde	5	4,7
Particular	1	0,9
Caso tenha realizado, qual foi o motivo? (Marque todas as opções que se aplicam)		
Não respondeu	102	95,3
Dor pélvica	2	1,9
Incontinência urinária + pós-operatório	2	1,9
Incontinência urinária (isolada)	1	0,9

Por fim, a tabela 6 apresenta a percepção sobre preconceito ou falta de informação acerca da fisioterapia pélvica masculina. Destaca-se que 87,9% dos participantes concordaram que existe preconceito ou desinformação, 10,3% declararam não saber e 1,9% não identificaram tal barreira.

Tabela 6: Percepção de preconceito/falta de informação.

Categoria	n	(%)
Você acredita que há preconceito ou falta de informação sobre fisioterapia pélvica para homens?		
Sim	94	87,9
Não sei	11	10,3
Não	2	1,9

DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária, verificou-se que 48,6% dos participantes desta pesquisa possuem mais de 50 anos, enquanto 25,2% estão na faixa entre 40 e 49 anos. Esse achado é relevante, pois reflete o perfil de público em que se observa maior incidência de condições crônicas e alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento.

Corroborando esses resultados, Correa, Silva e Rombaldi⁹ ao investigarem sintomas

relacionados ao envelhecimento em homens, identificaram prevalência de 64% de manifestações clínicas após os 40 anos, entre 390 entrevistados. Entre os sintomas relatados destacaram-se as disfunções sexuais, como impotência e dificuldades de ereção, aspectos frequentemente associados às alterações hormonais e metabólicas que acompanham o envelhecimento.

Assim, os dados deste estudo se alinham aos achados da literatura, reforçando a importância de ações de promoção da saúde voltadas a essa faixa etária, considerando suas vulnerabilidades específicas e a necessidade de acompanhamento contínuo para prevenção e manejo das doenças mais incidentes.

Santos, Lago e Peixoto³ estudaram a importância da fisioterapia nas disfunções sexuais masculinas e relatam que, no Brasil, a ejaculação precoce atinge 30 a 40% dos homens sexualmente ativos; e a disfunção erétil atinge 1 milhão de casos novos/ ano entre homens 40 a 70 anos.

Estudos apontam que 20 a 30% dos homens serão acometidos por disfunção sexual em algum momento da vida e que metade daqueles que possuem disfunção erétil apresentam também Ejaculação Precoce¹⁰.

Análise da prevalência e a gravidade de Incontinência Urinária (IU) em homens prostatectomizados constatou que a IU, sejam elas incontinência urinária de esforço (IUE) ou incontinência urinária de urgência (IUU) está estimada em até 87% destes pacientes¹¹.

Diante das patologias prevalentes na população masculina, esta pesquisa evidenciou que a maioria dos homens adultos avaliados nunca ouviu falar sobre fisioterapia urológica (61,7%) ou detém conhecimento limitado sobre o tema (33,6%), sendo mínima a parcela que afirmou conhecer bem (4,7%). Além disso, quase nenhum dos participantes relatou experiência prévia com atendimento fisioterapêutico urológico, o que revela um cenário de baixa disseminação de informações e de restrito acesso a essa modalidade de cuidado.

Resultados semelhantes são apontados em estudos internacionais, que descrevem o conhecimento limitado da população como uma das principais barreiras para a busca por tratamento fisioterapêutico em disfunções do assoalho pélvico. A falta de informação sobre serviços de fisioterapia especializada compromete o encaminhamento adequado e a adesão dos pacientes, reforçando a necessidade de maior divulgação entre a população masculina e profissionais de saúde⁴.

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se a predominância de elevados graus de instrução, sendo 39,3% dos participantes com pós-graduação e 33,6% com ensino superior completo. Em geral, indivíduos com maior grau de instrução tendem a apresentar maior adesão a práticas preventivas e maior procura por serviços de saúde¹².

Entretanto, os resultados deste estudo revelam um contraste interessante: apesar do alto nível de escolaridade, o conhecimento sobre cuidados específicos relacionados à saúde do homem e sobre os recursos disponíveis — como a fisioterapia urológica — ainda se mostrou limitado. Esse achado sugere que o nível de instrução, por si só, não é um fator determinante para o acesso à informação ou para o engajamento nas ações de promoção da saúde masculina, indicando a necessidade de estratégias educativas mais direcionadas a esse público.

Quanto à percepção sobre preconceito ou falta de informação acerca da fisioterapia pélvica masculina, 87,9% dos participantes concordaram que há preconceito ou falta de informação acerca da fisioterapia pélvica masculina. Alguns aspectos afastam os homens para a procura de atendimentos médicos preventivos, como o medo de se descobrirem doentes, possibilidades de afastamentos de atividades laborais, questões culturais de sentimento de invulnerabilidade e impossibilidade de adoecimento¹³. Além disso, faz-se necessário mudanças culturais e assistenciais que preparem os serviços de saúde e qualifiquem os profissionais para acolherem e estimularem o público masculino a buscarem serviços primários de saúde, como fazem as mulheres¹⁴.

No Brasil, há escassez de estudos sobre o acesso e encaminhamento para os serviços de fisioterapia. Médicos neurologistas encaminham pacientes para fisioterapia por experiência clínica e percepção da eficiência dos tratamentos e não por embasamento de evidências científicas¹⁵.

Apesar da fisioterapia pélvica e urológica atender pessoas do sexo masculino, ainda não há o reconhecimento por parte do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, como uma especialidade Fisioterapia em Saúde do homem, como há a Fisioterapia em Saúde da mulher. O reconhecimento desta pode contribuir para a execução de ações direcionadas ao público masculino.

Diante desse cenário, reforça-se a importância de ações educativas e preventivas voltadas à saúde do homem, especialmente no âmbito da atenção primária, para ampliar a visibilidade e a compreensão da fisioterapia urológica. Tais estratégias devem estar alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), promovendo a redução do estigma, a valorização do

autocuidado e a prevenção de disfunções urogenitais.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que os homens adultos participantes possuem baixo nível de conhecimento sobre a fisioterapia urológica, sendo a maioria composta por indivíduos que nunca ouviram falar ou que detêm informações superficiais sobre a temática. A experiência direta com atendimento fisioterapêutico urológico mostrou-se rara, restringindo-se a poucos casos, geralmente vinculados ao acesso por plano de saúde. Outro achado relevante foi a percepção de preconceito e falta de informação como barreiras significativas à procura por esse tipo de cuidado, sinalizando que os fatores socioculturais desempenham papel determinante na adesão aos serviços de saúde.

Conclui-se que a presente pesquisa contribui para evidenciar a necessidade de maior divulgação científica, institucional e comunitária sobre a fisioterapia urológica, além de subsidiar a formulação de políticas públicas e protocolos assistenciais que ampliem o acesso e favoreçam a integralidade da atenção à saúde masculina.

REFERÊNCIAS

1. Sahin E, Brand A, Cetindag EN, Messelink B, Yosmaoglu HB. Pelvic physical therapy for male sexual disorders: a narrative review. *Int J Impot Res.* 2025 Feb 27. doi: 10.1038/s41443-025-01034-5. Epub ahead of print. PMID: 40016382.
2. Novais CCS, Santana AROR, Paz ARM, Carnáuba ATL, Andrade KCL, Menezes PL. The impact of using electromyographic biofeedback on pelvic floor rehabilitation in men with post-prostatectomy urinary incontinence: a meta-analysis. *Clinics [Internet].* 2025;80:100687. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2025.100687>.
3. Santos CCT, Lago TM, Peixoto J de A. As contribuições da fisioterapia em disfunções sexuais masculinas: revisão de literatura. *RCC [Internet].* 10º de junho de 2022 [citado 23º de novembro de 2025];6(11):09-18. Disponível em: <https://portalcoleta.com.br/index.php/rcc/article/view/104>
4. McDowell D, Gobert D. Patient Access to Pelvic Floor Dysfunction Physical Therapy: Challenging Trends to Adequate Patient Care. *Med. Res. Arch.*, v.8, n.4, 2020. DOI: 10.18103/mra.v8i4.2078
5. Wang L, Li Y, Qi Z, Wang W. Barriers and facilitators of the implementation of the application of

pelvic floor muscle training in patients with prostate cancer: a scoping review. *Front Public Health*. 2023 Sep 12;11:1191508. doi: 10.3389/fpubh.2023.1191508. PMID: 37771836.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saude Soc*. 2013 Apr;22(2):429–40. doi: 10.1590/S0104-12902013000200014.
8. Brandão CC, Salermo AAP, Medrado B, Barros C, Albuquerque FP, Fernandes Filho HP, et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: 15 anos de importantes avanços e persistentes desafios. *Interface (Botucatu)*. 2023;29 Suppl 1. doi: 10.1590/interface.250258.
9. Corrêa LQ, Silva MC, Rombaldi AJ. Sintomas de disfunção sexual em homens com 40 ou mais anos de idade: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Jun;16(2):444–53. doi: 10.1590/S1415-790X2013000200019.
10. Francischi FB, Ayres DC, Itao RE, Spessoto LC, Arruda JG, Facio Junior FN. Premature ejaculation: is there an efficient therapy? *Einstein (Sao Paulo)*. 2011 Dec;9(4):545–9. doi: 10.1590/S1679-45082011RB1929..
11. Mata LRF, Azevedo C, Izidoro LCR, Ferreira DF, Estevam FEB, Amaral FMA, et al. Prevalence and severity levels of post-radical prostatectomy incontinence: different assessment instruments. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200692. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0692
12. Soares LS. Efeitos do nível de escolaridade na procura e acesso a serviços de saúde preventivos no Brasil: uma análise multinível. 2022. doi: 10.47328/ufvbbt.2022.499.
13. Matos WDV, Palmeira IP, Ferreira MA, Pacheco MDA. Vulnerabilidades e estereótipos masculinos nas representações sociais das causas do adoecimento por câncer de próstata. *Cad Saude Publica*. 2024;40(9):e00175123.
14. Ganassin GS, Arruda GO, Barreto MS, Oliveira MLF, Marcon SS. Men's perceptions on educational intervention participation at workplace. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):880–8. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0921.
15. Campos AB, Gonçalves RC, Carvalho CRF. Avaliação dos critérios médicos para o encaminhamento de pacientes com disfunções neurológicas para atendimento fisioterapêutico. *Fisioter Pesqui*. 2006;13(3):44–52.

A fisioterapia com o Método Hipopressivo no pós-operatório de Cirurgias Ginecológicas Minimamente Invasivas



Devana Elis Lago Paim¹, Jeovanna Leonardo Framento¹
Caroline Luchtemberg Homem² e Ariete Inês Minetto³

RESUMO

Panorama: O pós-operatório de cirurgias como a histerectomia e miomectomia por videolaparoscopia, podem ocasionar dor, alterações posturais e limitações funcionais, exigindo intervenções fisioterapêuticas específicas. O Método Hipopressivo (MH) mostra potencial para otimizar a recuperação funcional. **Objetivo:** Analisar a eficácia do MH no pós-operatório imediato e tardio de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas. **Método:** Estudo experimental, quantitativo e longitudinal com mulheres entre 18 e 45 anos submetidas ao protocolo hipopressivo durante quatro semanas, com duas sessões semanais, avaliando dor, evacuação, conforto e bem-estar, utilizando instrumentos customizados. **Resultados:** Houve melhora significativa na maioria das variáveis, evidenciando o potencial do método na recuperação precoce. **Conclusão:** A originalidade do estudo reside na aplicação imediata do método no período pós-operatório, contribuindo para o avanço da prática fisioterapêutica baseada em evidências e preenchendo uma lacuna científica sobre a utilização do Método Hipopressivo nesse contexto clínico.

ABSTRACT

Panorama: The postoperative period following surgeries such as hysterectomy and myomectomy by videolaparoscopy can cause pain, postural changes, and functional limitations, requiring specific physiotherapy interventions. The Hypopressive Method (HM) shows potential to optimize functional recovery. **Aims:** To analyze the effectiveness of HM in the immediate and late postoperative period of minimally invasive gynecological surgeries. **Method:** Experimental, quantitative, and longitudinal study with women aged 18 to 45 years undergoing the hypopressive protocol for four weeks, with two weekly sessions, evaluating pain, bowel movements, comfort, and well-being using customized instruments. **Results:** There was a significant improvement in most variables, highlighting the method's potential for early recovery. **Conclusion:** The originality of the study lies in the immediate application of the method in the postoperative period, contributing to the advancement of evidence-based physiotherapy practice and filling a scientific gap regarding the use of the Hypopressive Method in this clinical context.

Submissão: 05/12/2025

Aceite: 19/12/2025

Publicação: 21/12/2025

¹ Acadêmica de Fisioterapia da Univ. Ext. Sul Catarinense, UNESC, Criciúma, SC, Brasil. jeovannaleonardo18@gmail.com

² Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva do Curso de Fisioterapia da UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

³ Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde do Curso de Fisioterapia da UNESC, Criciúma, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Técnica Hipopressiva (TH) foi desenvolvida na década de 1980 pelo fisioterapeuta e sexólogo Dr. Marcel Caufriez com o objetivo de oferecer uma alternativa segura aos exercícios abdominais tradicionais no contexto do pós-parto. Trata-se de um método composto por técnicas posturais e respiratórias sistêmicas, que visam reduzir as pressões intra-abdominal, perineal e torácica, favorecendo o aumento do tônus em repouso da musculatura profunda do abdômen e do assoalho pélvico¹.

O princípio fisiológico fundamental da TH é a apneia expiratória associada a posturas específicas. Esse mecanismo induz uma elevação diafragmática que resulta na diminuição da Pressão Intra-Abdominal (PIA), provocando a contração involuntária, reflexa e mantida da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e do transverso do abdômen². Essa ativação reflexa do *core* resulta na melhora da estabilidade central e da função pélvica. Estudos de alto rigor metodológico validam que a TH é eficaz em contextos crônicos, melhorando significativamente o controle postural e a função em casos como o pós-parto e disfunções uroginecológicas³.

O pós-operatório de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas, como histerectomia e laparoscopia, pode cursar com complicações como dor persistente, constipação e comprometimento da estabilidade lombo-pélvica⁴. Neste cenário, a intervenção fisioterapêutica precoce assume papel central, sendo a mobilização a técnica mais recomendada para prevenir o declínio funcional que pode se iniciar em apenas 48 horas de imobilidade⁵. Complicações como disfunções respiratórias e uroginecológicas também exigem manejo específico da fisioterapia⁶. No entanto, o uso isolado de recursos terapêuticos apresenta resultados limitados, sendo a combinação de abordagens o que otimiza os desfechos funcionais⁷.

A TH é promissora para este contexto, pois seu mecanismo evita o aumento da PIA, sendo este um fator de risco para a sobrecarga das suturas, enquanto a redução da PIA favorece teoricamente o descongestionamento pélvico e a vascularização. Aspectos fisiológicos cruciais para a otimização da cicatrização tecidual após a agressão cirúrgica.

Apesar da forte justificativa teórica e da segurança da técnica, revisões sistemáticas recentes ainda indicam uma lacuna significativa na literatura de alto nível quanto à aplicação da TH em

contextos agudos e específicos, como o pós-operatório ginecológico imediato. A escassez de dados é agravada pelo fato de que a literatura existente, embora aponte benefícios, apresenta em sua maioria baixa qualidade metodológica e alto risco de viés, necessitando de mais Ensaios Clínicos Randomizados (RCTs) para confirmar os achados e expandir as indicações clínicas⁶.

Dessa forma, o presente estudo busca preencher uma lacuna relevante na literatura, propondo a análise da eficácia da TH como estratégia complementar de reabilitação funcional no pós-operatório de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas. O Objetivo desta pesquisa foi analisar a eficácia do Método Hipopressivo como estratégia de reabilitação no pós-operatório de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas, analisando seus efeitos na redução da dor, na funcionalidade abdominal e na melhora das disfunções pélvicas.

A Hipótese central é que a aplicação do Método Hipopressivo no pós-operatório de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas promove melhora na função do assoalho pélvico, alinhamento postural, controle respiratório e redução da dor, contribuindo para uma recuperação funcional mais eficiente em comparação à ausência dessa intervenção. A proposta baseia-se na hipótese de que a ativação dos músculos profundos do CORE e do assoalho pélvico, associada à reeducação postural e respiratória, pode promover uma recuperação mais rápida e eficiente, reduzindo complicações e favorecendo o retorno seguro às atividades de vida diária.

A originalidade deste trabalho reside na proposição de um protocolo de aplicação precoce da TH no contexto pós-operatório imediato, com avaliação de seus efeitos em variáveis clínicas relevantes. Além de contribuir para o fortalecimento da prática fisioterapêutica baseada em evidências, espera-se que os achados obtidos possam servir de base para a construção de diretrizes clínicas voltadas à saúde da mulher, promovendo reabilitação segura, eficaz e individualizada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto quase-experimental, do tipo pré e pós-intervenção (série de casos), com abordagem quantitativa e delineamento longitudinal. Teve como objetivo principal investigar a eficácia preliminar da Técnica Hipopressiva (TH) na reabilitação funcional de mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas minimamente invasivas, considerando as variáveis de dor,

circunferência abdominal, alinhamento postural e sensação de bem-estar.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o Parecer nº 7.795.189, e seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada em uma clínica escola de Fisioterapia localizada no Extremo Sul Catarinense. A amostra, de conveniência, foi composta por oito (N=8) mulheres com idades entre 18 e 45 anos, submetidas a procedimentos ginecológicos minimamente invasivos, como videolaparoscopia (para endometriose, miomectomia, histerectomia ou adenomiose). O recrutamento foi realizado por encaminhamento de uma médica ginecologista com atuação em cirurgia robótica. Foram incluídas mulheres no período de até 48 horas após o procedimento cirúrgico, momento em que ocorreu a intervenção inicial. Critérios de Exclusão: Foram excluídas participantes que apresentaram complicações pós-operatórias, incapacidade de realizar as manobras da Técnica Hipopressiva ou condições neurológicas e cardiovasculares prévias que pudessem interferir nos resultados.

As nove participantes compuseram um único grupo de intervenção (GI) e foram submetidas a um protocolo fisioterapêutico utilizando a Técnica Hipopressiva. O protocolo foi iniciado nas primeiras 48 horas de pós-operatório e consistiu em sessões individuais de 30 minutos, realizadas duas vezes por semana, durante quatro semanas consecutivas, totalizando oito sessões. As intervenções foram conduzidas por acadêmicas do curso de Fisioterapia, previamente treinadas e supervisionadas por um fisioterapeuta responsável. O protocolo seguiu as posturas básicas da Técnica Hipopressiva (TH), com ênfase na reeducação postural, controle respiratório e ativação diafragmática. Foram utilizadas posturas específicas, como decúbito dorsal, sedestação e ortostase, associadas ao vácuo abdominal e à apneia expiratória mantida, visando o recrutamento funcional e reflexo da musculatura do assoalho pélvico.

As avaliações foram realizadas em dois momentos: **T0 (pré-intervenção)**, até 48 horas após a cirurgia e antes da primeira sessão; e **T1 (pós-intervenção)**, ao final da oitava sessão, após quatro semanas de tratamento. A tabela 1 resume as ferramentas utilizadas na medida do desfecho.

Tabela 1: Instrumentos de Avaliação.

Variável	Instrumento de Avaliação
Dor	Escala Visual Analógica (EVA) – 0 a 10
Circunferência Abdominal	Fita métrica inelástica (protocolos ISAK)
Variáveis Subjetivas e Funcionais	Ficha de Anamnese Estruturada e questionário para sensação de bem-estar (hábito intestinal, esforço, uso de laxantes, eliminação de gases, entre outros).

RESULTADOS

Os dados coletados foram analisados a partir das avaliações realizadas antes e após a intervenção fisioterapêutica com o método hipopressivo. As participantes foram acompanhadas durante quatro semanas, com frequência de duas sessões semanais, totalizando oito sessões, conforme o protocolo proposto. A idade média das participantes (n=8) foi de 33,2 anos (variação entre 24 e 44 anos). A maioria das participantes (75,0%) não havia realizado cirurgias anteriormente, enquanto 25,0% relataram histórico de procedimentos cirúrgicos prévios.

Tabela 1: Perfil clínico das participantes antes e após a intervenção

Ficha de Anamnese	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	Qt. Cit.	%	Qt. Cit.	%
EVA				
Leve (0 a 2)	1	12,5%	6	75,0%
Moderada (3 a 7)	3	37,5%	1	12,5%
Intensa (8 a 10)	4	50,0%	1	12,5%
	Frequência das evacuações por semana			
2x	0	0,0%	1	12,5%
3x	1	12,5%	0	0,0%
5x	1	12,5%	2	25,0%
6x	1	12,5%	0	0,0%
7x	3	37,5%	4	50,0%
10x	2	25,0%	0	0,0%
20x	0	0,0%	1	12,5%

Tabela 2: Continuação

Ficha de Anamnese	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	Qt. Cit.	%	Qt. Cit.	%
Esforço necessário para evacuar				
Não	5	62,5%	7	87,5%
Sim	3	37,5%	1	12,5%
Sensação de evacuação incompleta				
Não	6	75,0%	5	62,5%
Sim	2	25,0%	3	37,5%
Necessidade de manobras digitais ou compressão abdominal				
Não	7	87,5%	7	87,5%
Sim	1	12,5%	1	12,5%
Dor durante a evacuação				
Não	5	62,5%	7	87,5%
Sim	3	37,5%	1	12,5%
Presença de sangramento ou fissura anal				
Não	8	100,0%	6	75,0%
Sim	0	0,0%	2	25,0%
Uso frequente de laxantes				
Não	6	75,0%	8	100,0%
Sim	2	25,0%	0	0,0%
Eliminação de gases após a cirurgia				
Não	4	50,0%	2	25,0%
Sim	4	50,0%	6	75,0%
Sensação de acúmulo de gases				
Não	5	62,5%	4	50,0%
Sim	3	37,5%	4	50,0%
Dificuldade em controlar a saída de gases				
Não	8	100,0%	8	100,0%
Sim	0	0,0%	0	0,0%
Os flatos causam dor ou desconforto				
Não	7	87,5%	6	75,0%
Sim	1	12,5%	2	25,0%
Total	8	100,0%	8	100,0%

A Tabela 1 apresenta a comparação dos dados obtidos na ficha de anamnese antes e após a intervenção fisioterapêutica. Observa-se uma melhora expressiva na intensidade da dor, medida pela Escala Visual Analógica (EVA), com redução dos casos classificados como dor intensa de 50,0% para 12,5%. Em relação à frequência evacuatória, nota-se uma melhora no hábito intestinal, com maior proporção de participantes apresentando evacuação regular, sete vezes por semana em 50% das

participantes no pós-intervenção, em comparação a três vezes por semana em 37,5% no momento pré-intervenção.

Em relação ao esforço para evacuar, observou-se uma redução de 37,5% para 12,5% das participantes que relataram necessidade de esforço durante a evacuação. A sensação de evacuação incompleta apresentou discreto aumento, passando de 25% para 37,5%. A necessidade de manobras digitais ou compressão abdominal manteve-se estável, sendo referida por 12,5% das participantes em ambos os momentos avaliados. Verificou-se ainda melhora quanto à presença de dor durante a evacuação, que reduziu de 37,5% para 12,5%, bem como a ausência de uso de laxantes no pós-intervenção, representando uma redução de 25% para 0%. Além disso, constatou-se aumento na eliminação de gases, de 50% para 75%, acompanhado de leve melhora no controle da dor associada aos flatos, embora 25% das participantes ainda relataram desconforto após a intervenção.

Tabela 3: Variáveis quantitativas pré e pós-intervenção.

EVA (escala de 0 a 10)	n	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pré-intervenção	8	7,5	2,0	8,0	6,5	2,1
Pós-intervenção	8	0,0	0,0	8,0	1,6	3,1
Peso (em Kg)	n	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pré-intervenção	8	68,0	60,0	95,0	72,0	12,7
Pós-intervenção	8	65,0	57,7	95,0	69,6	13,2
Altura (em m)	n	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pré-intervenção	8	1,63	1,50	1,70	1,63	0,06
Pós-intervenção	8	1,63	1,50	1,68	1,62	0,06
Circunferência Abdominal (em cm)	n	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pré-intervenção	8	89,0	82,0	99,0	89,3	5,8
Pós-intervenção	8	86,5	76,0	99,0	87,0	7,6

A Tabela 3 apresenta os valores das variáveis quantitativas avaliadas antes e após a intervenção onde observa-se redução expressiva nos escores de dor pela Escala Visual Analógica (EVA), com média passando de $6,5 \pm 2,1$ no pré-intervenção para $1,6 \pm 3,1$ no pós-intervenção, evidenciando melhora clínica relevante na percepção dolorosa após o protocolo.

Em relação ao peso corporal, houve discreta diminuição da média de $72,0 \pm 12,7$ kg para

69,6 ± 13,2 kg. A altura média manteve-se praticamente inalterada entre os momentos avaliados (1,63 ± 0,06 m antes e 1,62 ± 0,06 m depois). Já a circunferência abdominal apresentou redução da média de 89,3 ± 5,8 cm para 87,0 ± 7,6 cm, indicando possível melhora do tônus e da ativação da musculatura abdominal após o programa hipopressivo.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram efeitos positivos da aplicação do Método Hipopressivo (MH) no pós-operatório de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas, confirmando o objetivo proposto. A intervenção mostrou-se uma ferramenta promissora na reabilitação funcional precoce, em consonância com a tendência atual de protocolos de recuperação aprimorada após cirurgia, conhecidos como *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS)⁸. Essa abordagem reforça a importância da mobilização precoce para reduzir complicações e otimizar o restabelecimento funcional⁵. Assim, o presente estudo contribui para preencher uma lacuna científica sobre o uso do MH em contextos agudos, uma vez que a maior parte da literatura se concentra em disfunções crônicas.

O principal achado foi a redução significativa da dor, mensurada pela Escala Visual Analógica (EVA), com médias que passaram de 6,5 ± 2,1 no pré-intervenção para 1,6 ± 3,1 no pós-intervenção. Essa melhora demonstra relevância clínica e sugere que o MH pode ser eficaz no manejo da dor aguda e subaguda em pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas minimamente invasivas. Tal achado é consistente com estudos prévios que relacionam o fortalecimento da musculatura do *core* e a melhora da estabilidade do tronco à redução da dor⁹. Segundo Moreno-Muñoz et al. (2021)³, a prática do MH promove ativação reflexa da musculatura profunda do abdômen e do assoalho pélvico, melhorando a estabilidade lombo-pélvica e, conseqüentemente, reduzindo a sobrecarga sobre estruturas comprometidas, o que contribui para a diminuição da dor.

A diminuição da dor pode ser explicada pelo mecanismo fisiológico do método, que combina apneia expiratória, reeducação postural e controle respiratório, promovendo a elevação diafragmática e a conseqüente redução da pressão intra-abdominal (PIA)^{1,2}. Essa diminuição da PIA evita a sobrecarga sobre suturas e estruturas pélvicas, favorecendo o processo cicatricial e o conforto da paciente no pós-operatório⁶. A melhora do controle postural e da estabilidade central descrita por

Caufriez et al. (2006)¹⁰ e Osório e Caufriez (2018)¹¹ reforça a aplicabilidade clínica do MH em condições em que a integridade tecidual e o equilíbrio pressórico são essenciais.

Outro achado relevante foi a redução da circunferência abdominal média, que passou de $89,3 \pm 5,8$ cm para $87,0 \pm 7,6$ cm após quatro semanas de intervenção. Embora tal medida não avalie diretamente o tônus muscular, o resultado indica possível reorganização da parede abdominal e ativação do músculo transverso do abdômen^{4,12}. A literatura descreve que os exercícios hipopressivos, por reduzirem a PIA, contribuem para a reprogramação tônica da musculatura abdominal e o reposicionamento visceral, sem causar sobrecarga pélvica, aspecto essencial no período pós-operatório ginecológico^{1,11}.

Além disso, observou-se melhora significativa no hábito intestinal, evidenciada pelo aumento da frequência evacuatória e pela redução do esforço para evacuar (de 37,5% para 12,5%), com eliminação completa do uso de laxantes. Esses resultados sugerem melhoria do trânsito intestinal, provavelmente decorrente da modulação pressórica e da ativação coordenada da musculatura pélvica e abdominal profunda. Estudos prévios demonstram que o MH favorece o relaxamento fisiológico do assoalho pélvico durante a evacuação e melhora a função intestinal¹³⁻¹⁵. Tal efeito é explicado pela integração entre respiração diafragmática e reflexos neuromusculares da região pélvica, promovendo evacuação mais eficiente e redução de constipações pós-operatórias.

Esses achados reforçam a hipótese de que o MH pode atuar de forma complementar em protocolos de reabilitação funcional no pós-operatório de cirurgias ginecológicas, otimizando tanto o conforto quanto o bem-estar das pacientes. Ademais, a melhora clínica precoce observada neste estudo corrobora os princípios dos programas ERAS, que enfatizam a importância da mobilização e reabilitação fisioterapêutica precoce para prevenir complicações e acelerar o retorno às atividades cotidianas^{8,16}.

Contudo, o presente estudo apresenta limitações metodológicas, inerentes ao delineamento quase experimental e ao número reduzido de participantes ($n = 8$), o que limita a generalização dos resultados. A ausência de grupo controle e o curto período de acompanhamento (quatro semanas) impedem a avaliação de efeitos de longo prazo e a comparação direta com outras técnicas fisioterapêuticas¹⁷. Estudos futuros devem incluir amostras ampliadas e ensaios clínicos randomizados controlados (RCTs), a fim de confirmar a eficácia e segurança do método nesse contexto, conforme

sugerido por Casarin et al. (2023)¹⁸ e Ribeiro e Ferreira (2024)¹⁹.

É importante salientar que, embora tenham ocorrido intercorrências clínicas como episódios de enxaqueca, é um caso de ruptura de pontos por esforço físico precoce, essas situações não foram associadas diretamente à execução do MH. Ainda assim, reforçam a necessidade de supervisão profissional qualificada e de adesão rigorosa às orientações pós-operatórias. Estudos de Casarin et al. (2023)¹⁸ e Ribeiro e Ferreira (2024)¹⁹ destacam a importância da vigilância contínua e do acompanhamento multiprofissional para prevenir complicações e garantir a segurança terapêutica em cirurgias ginecológicas minimamente invasivas.

Por fim, a originalidade desta pesquisa está na proposição e validação preliminar de um protocolo precoce de MH no pós-operatório imediato, um campo ainda pouco explorado pela literatura científica. Os resultados obtidos fortalecem a prática fisioterapêutica baseada em evidências e indicam que o MH pode ser uma estratégia segura e eficaz para a reabilitação funcional após cirurgias ginecológicas. Recomenda-se, entretanto, que futuras investigações empreguem instrumentos objetivos de avaliação do tônus e da ativação muscular como a ultrassonografia, a fim de aumentar a precisão dos resultados e sua aplicabilidade clínica⁷.

REFERÊNCIAS

1. Caufriez M. Método Hipopressivo: Técnicas de reprogramação corporal e respiratória. 1980.
2. Ruiz de Viñaspre Hernández R. Efficacy of hypopressive abdominal gymnastics in rehabilitating the pelvic floor of women: A systematic review. *Actas Urol Esp (Engl Ed)* 2018;42:557–66.
3. Moreno-Muñoz MDM, Hita-Contreras F, Estudillo-Martínez MD, Aibar-Almazán A, Castellote-Caballero Y, Bergamin M, et al. The effects of abdominal Hypopressive Training on postural control and deep trunk muscle activation: A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:2741. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052741>.
4. Silveira TLR, Pontes RB. Técnica hipopressiva para redução da linha subcostal em mulheres: artigo original. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2019.
5. Castro IS, Corrêa KS. A mobilização precoce está associada à melhor funcionalidade no pós-operatório de cirurgias abdominais? *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* 2022;26.
6. Silva LA, Fabris SM. Perfil dos Pacientes, Técnicas e Recursos Fisioterapêuticos aplicados no Pré e Pós-operatório de Uroginecologia em Hospital Universitário. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2019;40:203–14.

7. Silva Filho AL, Fonseca AMRM da, Camillato ES, Cangussu R de O. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. *Fisioter Pesqui* 2013;20:90–6.
8. Tazreean R, Nelson G, Twomey R. Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *J Comp Eff Res* 2022;11:121–9.
9. Bellido-Fernández L, Jiménez-Rejano JJ, Chillón-Martínez R, Gómez-Benítez MA, De-La-Casa-Almeida M, Rebollo-Salas M. Effectiveness of Massage Therapy and Abdominal Hypopressive Gymnastics in nonspecific chronic low back pain: A randomized controlled pilot study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2018;2018:1–9. <https://doi.org/10.1155/2018/3684194>.
10. Caufriez M, Fernández JC, Fanzel R, Snoeck T. Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. *Fisioter (Madr, Ed, Impresa)* 2006;28:205–16.
11. Osorio J, Caufriez M. The need to clarify hypopressive abdominal techniques. *Blog British Journal of Sports Medicine* 2018. <https://blogs.bmj.com/bjism/2018/11/14/precisions-about-hypopressive-abdominal-techniques/> (acesso em 1º de junho de 2025).
12. Santos BC dos, Santos FTC dos, Rabelo MN, Pereira SAP, Fé KA de M, Sousa ARO, et al. Efeitos da técnica hipopressiva em diferentes parâmetros corporais. *Processos de Intervenção em Fisioterapia e Terapia Ocupacional* 2, Atena Editora; 2020, p. 172–7.
13. Navarro-Brazález B, Prieto-Gómez V, Prieto-Merino D, Sánchez-Sánchez B, McLean L, Torres-Lacomba M. Effectiveness of hypopressive exercises in women with pelvic floor dysfunction: A randomised controlled trial. *J Clin Med* 2020;9:1149. <https://doi.org/10.3390/jcm9041149>.
14. Ribeiro F dos S, Valente MG, Lorenz FF, Carneiro Nunes EF, Latorre GFS. Impacto dos exercícios hipopressivos na qualidade de vida da mulher com incontinência urinária de esforço. *Rev Pesqui Em Fisioter* 2017;7:452–61. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i4.1520>.
15. Silva JL da, Marinho DES, Silva Neto FS da, Pontes IE de A. Efeitos da ginástica hipopressiva no prolapso de órgãos pélvicos: Uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* 2020;9:e375985397.
16. Vasconcelos IHA de, Andrade RN, Rodrigues BA, Assis BL, Santos L da S, Alves LL, et al. Benefícios relacionados à cirurgia minimamente invasiva na ginecologia. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2020;28–54. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/invasiva-na-ginecologia>.
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2º ed. Londres, England: Routledge; 2013.
18. Casarin J, Ghezzi F, Mueller M, Ceccaroni M, Papadia A, Ferreira H, et al. Surgical outcomes and complications of laparoscopic hysterectomy for endometriosis: A multicentric cohort study. *J Minim Invasive Gynecol* 2023;30:587–92. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2023.03.018>.
19. Ribeiro F, Ferreira H. Novel minimally invasive surgical approaches to endometriosis and adenomyosis: A comprehensive review. *J Clin Med* 2024;13:6844.

Prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de FitDance e impacto na Qualidade de Vida



Amanda Sortino Guilhen¹, Sabrina Jesus Viana² e Carla Dellabarba Petricelli³

RESUMO

Panorama: A incontinência urinária por esforço (IUE) é a perda involuntária de urina durante aumento da pressão intra-abdominal, podendo ocorrer em atividades físicas, como a dança. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de IUE em mulheres praticantes de FitDance e o impacto sobre a qualidade de vida. **Método:** Estudo transversal, quantitativo e observacional com 15 mulheres entre 25 e 49 anos, praticantes de FitDance na Academia Inova, São Caetano do Sul. A presença de IUE foi avaliada pelo questionário ICIQ-SF autoaplicável. **Resultados:** Três participantes (20%) relataram incontinência urinária leve, ocasional e de baixo impacto na qualidade de vida. Não houve associação significativa entre IUE, índice de massa corporal ou frequência semanal de prática do FitDance. **Conclusão:** A IUE foi pouco prevalente e de baixo impacto nesta amostra, indicando que a prática regular de FitDance, em frequência moderada, não parece aumentar risco significativo de perda urinária.

ABSTRACT

Panorama: Stress urinary incontinence (SUI) is the involuntary loss of urine during increased intra-abdominal pressure, which can occur during physical activities such as dance. **Aims:** To assess the prevalence of SUI in women practicing FitDance and its impact on quality of life. **Methods:** Cross-sectional, quantitative, observational study with 15 women aged 25–49 years practicing FitDance at Academia Inova, São Caetano do Sul. SUI was assessed using the self-administered ICIQ-SF questionnaire. **Results:** Three participants (20%) reported mild, occasional urinary loss with low impact on quality of life. No significant association was found between SUI, body mass index, or weekly FitDance frequency. **Conclusion:** SUI prevalence was low and minimally impacted quality of life, suggesting that regular, moderate FitDance practice does not significantly increase urinary loss risk.

¹ Graduanda em Fisioterapia, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Brasil. amanda.guilhen@uscsonline.com.br
² Graduanda em Fisioterapia, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Brasil. sabrina.viana@uscsonline.com.br
³ Docente, Depto. de Fisioterapia, Univ. Municipal de São Caetano do Sul, Brasil. carla.petricelli@online.uscs.edu.br

INTRODUÇÃO

A prática regular de atividades físicas é amplamente reconhecida como uma estratégia essencial para a promoção da saúde, prevenção de doenças crônicas e melhoria do bem-estar físico e emocional, incluindo redução do estresse, melhora do humor e aumento da qualidade de vida¹. Apesar desses benefícios, determinadas modalidades esportivas podem gerar impacto significativo sobre estruturas musculoesqueléticas, incluindo o assoalho pélvico (AP). O aumento da pressão intra-abdominal (PIA) decorrente de exercícios de maior intensidade ou impacto pode levar à sobrecarga funcional dessa musculatura e, conseqüentemente, ao surgimento ou agravamento de sintomas urinários, como a incontinência urinária (IU)².

A IU é definida como qualquer perda involuntária de urina e constitui um problema de saúde pública, afetando mulheres de diferentes faixas etárias e níveis de atividade física. É classificada em três tipos: incontinência urinária de esforço (IUE), urgência e mista^{3,4}. A IUE ocorre predominantemente durante aumentos abruptos da PIA, como tosse, saltos, corridas ou movimentos repetitivos de impacto, sendo frequente em mulheres jovens fisicamente ativas⁵. Estudos apontam que atividades físicas, especialmente aquelas caracterizadas por alto impacto, podem evidenciar episódios de perda urinária mesmo em mulheres sem fatores de risco tradicionais⁶.

A relação entre exercício físico e função do AP tem sido amplamente discutida na literatura. Segundo Bø et al. (2020), o AP pode ser a única região do corpo em que os efeitos da atividade física intensa são questionados, visto que diferentes modalidades esportivas podem resultar tanto no fortalecimento quanto na sobrecarga da musculatura pélvica⁷. Evidências recentes sugerem que atletas do sexo feminino apresentam prevalência aumentada de IU, sobretudo em modalidades de alto impacto ou que demandam saltos e mudanças rápidas de direção, como o CrossFit, no qual a prevalência pode ultrapassar 30% das praticantes⁸.

Em modalidades artísticas e coreográficas, como a dança, estudos demonstram que bailarinas profissionais também apresentam elevada prevalência de sintomas do AP, incluindo IU, possivelmente devido à combinação de impacto repetitivo, padrões respiratórios específicos e exigência de estabilidade lombo-pélvica⁹. Apesar disso, atividades coreografadas recreativas, como o FitDance, têm se popularizado por promover benefícios à saúde física e mental, favorecer o condicionamento cardiovascular, melhorar a autoestima e fortalecer o senso de pertencimento social¹⁰.

A fisioterapia pélvica destaca-se como área fundamental para prevenção, diagnóstico e tratamento da IU, especialmente entre mulheres fisicamente ativas. Revisões recentes evidenciam que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) é eficaz para reduzir a perda urinária em praticantes de esportes de alto impacto¹¹. Além disso, estratégias de intervenção conservadora voltadas à IU induzida por exercício mostram resultados positivos para controle dos sintomas, melhora funcional e retorno seguro à atividade física¹².

Considerando que o FitDance é uma modalidade que combina movimentos coreografados, intensidade variável e episódios repetidos de aumento da PIA, torna-se relevante investigar se essa prática pode influenciar o surgimento de sintomas de IUE ou impactar a qualidade de vida de suas praticantes. Assim, compreender a relação entre FitDance, função do AP e IU é essencial para direcionar ações preventivas, orientar profissionais de saúde e promover estratégias de manejo adequadas.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência de incontinência urinária de esforço em mulheres praticantes de FitDance e avaliar o impacto dessa condição sobre a qualidade de vida, por meio de instrumento validado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e observacional, realizado entre fevereiro e março de 2025 na Academia Inova – Unidade Prime, localizada na Avenida Goiás, 1040, Loja 01C, Santa Paula, São Caetano do Sul (SP, CEP 09521-300).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP-USCS), sob Parecer nº 7.274.330, emitido em 07/12/2024. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todos os procedimentos seguiram as normas éticas vigentes, conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, 510/2016, 563/2017 e 580/2018, garantindo anonimato, confidencialidade e liberdade para desistência.

Foram incluídas 15 mulheres com idade entre 25 e 49 anos, praticantes de FitDance, com ou sem queixa de perdas urinárias aos esforços. Foram excluídas mulheres fora da faixa etária

estabelecida, que não praticavam a modalidade ou que não concordaram com os procedimentos do estudo.

A coleta ocorreu de forma presencial em uma única sessão, com duração média de 15 a 20 minutos, em ambiente reservado dentro da academia, onde as participantes responderam a dois instrumentos: Ficha de anamnese, contendo dados sociodemográficos, clínicos e histórico obstétrico; International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form, (ICIQ-SF), traduzido e validado para o português por Tamanini et al.¹⁵, instrumento que avalia a presença da perda urinária e seu impacto na qualidade de vida. O ICIQ-SF é composto por quatro questões que investigam a frequência e a quantidade de perda urinária, o impacto percebido nas atividades de vida diária (0 a 10) e as situações de escape. O escore total varia de 0 a 21, sendo que pontuações mais altas indicam maior gravidade.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel® e analisados por estatística descritiva (média, mediana, moda, desvio padrão e quartis). Como os dados não apresentaram distribuição normal, aplicou-se o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, adequado para comparar medianas entre dois grupos independentes — no caso, mulheres com e sem incontinência urinária. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 15 mulheres praticantes de FitDance, com idade média de 34,53 anos. O índice de massa corporal (IMC) indicou que 33,33% das participantes estavam fora dos padrões de normalidade. Quanto a paridade 40% das mulheres possuíam histórico de parto, sendo 26,67% partos vaginais e 13,33% cesarianos. A frequência urinária diária foi de 5,6 micções e a frequência semanal de prática do FitDance foi de 2,27 vezes (Tabela 2)⁸.

Tabela 2: Distribuição das características das participantes (n = 15).

Característica	Resultado
Idade (média)	34,53 anos
Frequência semanal do FitDance (média)	2,27 vezes por semana
Frequência urinária diária (média)	5,6 micções por dia
IMC (fora dos padrões de normalidade)	33,33%
Paridade	40%

Três participantes relataram episódios de incontinência urinária. Suas idades variaram de 27 a 45 anos, com IMC classificado entre normal e sobrepeso. A frequência de prática do FitDance foi de uma a duas vezes por semana, e a frequência urinária diária variou de 3 a 5 micções (Tabela 3).

Tabela 3: Características das participantes com relato de incontinência urinária (n=3).

Participantes	Idade	IMC	Frequência semanal do FitDance	Perdas urinárias anteriores	Frequência urinária diária	Paridade
1	41	24.45 (Normal)	2	Sim	5	2 partos normais
2	45	28.12 (Sobrepeso)	2	Sim	3	1 parto normal
3	27	21.05 (Normal)	1	Sim	5	Nulípara

A aplicação do questionário ICIQ-SF revelou que todas as participantes com queixas de perda urinária apresentaram perdas em pequena quantidade e com frequência inferior a uma vez por semana. O impacto na qualidade de vida foi baixo, variando entre 0 e 1 ponto na escala do instrumento. As situações relatadas incluíram: antes de chegar ao banheiro, durante tosse ou espirro, e em momentos sem razões aparentes. Os escores totais do ICIQ-SF variaram entre 3 e 4 pontos, classificando-se como leves (Tabela 4).

Tabela 4: Resultados do questionário ICIQ-SF das participantes.

Participantes	Frequência de perda urinária	Quantidade de urina	Impacto na qualidade vida	Situação em que perde	ICIQ Escore
1	Uma vez por semana ou menos	Pequena	1	Antes de chegar ao banheiro	4
2	Uma vez por semana ou menos	Pequena	1	Tosse ou espirra	4
3	Uma vez por semana ou menos	Pequena	0	Perde sem razões óbvias	3

Na análise estatística, investigou-se a associação entre incontinência urinária, IMC e frequência semanal de prática do FitDance. Mulheres com incontinência apresentaram frequência

média de prática de 1,67 vezes/semana, enquanto as sem incontinência praticavam 2,42 vezes/semana. Apesar dessa diferença numérica, o teste U de Mann-Whitney não mostrou significância estatística ($U = 16,3 > \text{valor crítico}$), assim como o IMC ($U = 15 > \text{valor crítico}$). Não houve associação estatisticamente significativa entre incontinência urinária, frequência do FitDance e IMC nesta amostra.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que 20% das mulheres praticantes de FitDance apresentaram incontinência urinária, caracterizada por perdas leves, ocasionais e de baixo impacto na qualidade de vida. Esse achado é consistente com estudos que descrevem a incontinência urinária como uma condição relativamente frequente em mulheres jovens fisicamente ativas, embora com prevalências que possam variar amplamente conforme a modalidade praticada, intensidade do exercício e características individuais^{2,6,10}.

Caetano, Tavares e Lopes (2007)² observaram prevalência semelhante de perdas leves em mulheres fisicamente ativas, enquanto Patrizzi et al. (2014)⁶ relataram frequência de 26% em praticantes de atividades físicas moderadas, valores próximos aos identificados neste estudo.

A baixa prevalência encontrada pode estar relacionada à idade média da amostra (34,5 anos), considerada jovem, e ao fato de parte das participantes ser nulípara ou apresentar histórico obstétrico reduzido, fatores reconhecidos como protetores contra a IU^{3,5}. Além disso, a intensidade e a frequência média da prática do FitDance (cerca de duas vezes por semana) ao longo de 6 meses podem não ter sido suficientes para gerar sobrecarga significativa sobre o assoalho pélvico.

Esse comportamento contrasta com modalidades de maior impacto, como corrida, ginástica e CrossFit, nas quais prevalências muito mais elevadas são reportadas. Winder et al. (2023)⁹ identificaram prevalência de 34% entre bailarinas profissionais, enquanto Dominguez-Antuña et al. (2023)⁸ relataram índices superiores a 40% em atletas de CrossFit.

Já Fukuda et al. (2023)¹¹ apontaram taxas que podem ultrapassar 70% entre mulheres múltiparas ou com IMC elevado. Diante a essas comparações, a prevalência de 20% observada no presente estudo se mostra mais próxima da observada em modalidades aeróbicas coreografadas e

de intensidade moderada, sugerindo menor sobrecarga sobre o assoalho pélvico.

Quanto ao impacto sobre a qualidade de vida, os escores do ICIQ-SF variaram entre 3 e 4, valores classificados como leves segundo a validação brasileira do instrumento^{14,15}. Essa classificação também é coerente com a proposta de Klovning et al. (2009), que estabeleceram faixas de gravidade, nas quais escores mais baixos indicam impacto mínimo nas atividades cotidianas¹³. Estudos prévios reforçam essa interpretação: Gomes e Silva (2010)⁵ destacam que mulheres com perdas leves tendem a não perceber a IU como um problema relevante, mantendo suas rotinas habituais; Silva et al. (2017)¹² também relatam que sintomas leves raramente geram restrições funcionais relevantes.

Os achados do presente estudo, portanto, se alinham ao observado na literatura, indicando que, embora presente, a IU leve não comprometeu de modo significativo o desempenho das atividades de vida diária nem a continuidade da prática do FitDance.

A análise estatística não encontrou associação significativa entre IU, IMC e frequência semanal de prática do FitDance, apesar de o excesso de peso ser amplamente reconhecido como fator de risco consistente para IU^{3,8}. A ausência de significância pode ser explicada pelo tamanho reduzido da amostra, o que limita o poder estatístico da análise.

Além disso, a frequência moderada de prática (2,27 vezes por semana) possivelmente favoreceu uma resposta adaptativa segura, conforme já observado em mulheres fisicamente ativas^{5,16}. Ainda assim, a observação de que mulheres com IU apresentaram frequência ligeiramente menor de prática quando comparadas àquelas sem IU sugere uma tendência que merece investigação em estudos futuros com amostras maiores e maior diversidade de perfis¹⁰.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o tamanho amostral reduzido, a ausência de avaliação física direta da função do assoalho pélvico e o uso de instrumento de autorrelato, que pode ser influenciado por vieses de resposta¹⁵. No entanto, o estudo apresenta contribuição relevante ao investigar uma população ainda pouco explorada na literatura: mulheres praticantes de FitDance, modalidade em crescente expansão nacional¹⁰.

Os achados fornecem subsídios importantes para compreender a relação entre atividades coreografadas, função do assoalho pélvico e qualidade de vida, e reforçam a necessidade de estudos adicionais com maior robustez metodológica.

CONCLUSÃO

As participantes do estudo apresentaram baixa prevalência de incontinência urinária, considerada leve e com mínimo impacto na qualidade de vida, ocorrendo em 20% das praticantes de FitDance. Não houve associação significativa entre a IU, o IMC ou a frequência semanal da prática. Contudo, um caso sem histórico prévio de disfunção pélvica sugere que determinados movimentos ou impactos do FitDance possam desencadear episódios de perda urinária.

REFERÊNCIAS

1. Melo L, Oliveira K, Raposo J. A educação física no âmbito do tratamento em saúde mental: um esforço coletivo e integrado. Rev Latinoam Psicopat Fundam. 2014;17(1):1–10. <https://doi.org/10.1590/1984-3509.2014.17.1.1>
2. Caetano A, Tavares M, Lopes M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. Rev Bras Med Esporte. 2007;13(4):1–6. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000400001>
3. Higa R, Lopes M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. Rev Bras Enferm. 2005;58(6):1–6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600001>
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21(2):167–78. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
5. Gomes G, Silva G. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao programa de saúde da família de Dourados (MS). Rev Assoc Med Bras. 2010;56(3):1–7. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000300001>
6. Patrizzi L, Viana D, Silva L, Pegorari M. Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. Rev Bras Cienc Mov. 2014;22(4):1–7. <https://doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v22n4p1-7>
7. Bø K, Nygaard I. Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. Sports Med. 2020;50(5):853–67. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-w>
8. Dominguez-Antuña E, Diz JC, Suárez-Iglesias D, Ayán C. Prevalência de incontinência urinária em atletas femininas de CrossFit: uma revisão sistemática com meta-análise. Int Urogynecol J. 2023;34(3):621–34. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05244-z>
9. Winder B, Lindegren K, Blackmon A. Prevalence of urinary incontinence and other pelvic floor-related symptoms in female professional dancers. J Dance Med Sci. 2023;27(1):1–8. <https://doi.org/10.12678/1089-313X.27.1.1>
10. Silva Y. Os efeitos da prática de FitDance sobre a saúde de seus/suas praticantes a partir da

literatura científica: revisão narrativa. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2023. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/57435>

11. Fukuda FS, Arbiato ERM, da Roza T, Luz SCT. Treinamento da musculatura do assoalho pélvico em mulheres que praticam esportes de alto impacto: uma revisão sistemática. *Int J Sports Med*. 2023;44(6):397–405. <https://doi.org/10.1055/a-1939-4798>
12. Silva C, Gruending M, Coelho N, Kalil P, Noronha J. Incontinência urinária: uma breve revisão de literatura. *Acta Med (Porto Alegre)*. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883713>
13. Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparação de dois questionários para avaliação da gravidade da incontinência urinária: O ICIQ-UI SF versus o índice de gravidade da incontinência. *Neurourol urodyn*. 2009;28(5):411-5. doi: 10.1002/nau.20674. PMID: 19214996.
14. Fonseca E, Camargo A, Castro R, Sartori M, Fonseca M, Lima G, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(10):1–7. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008001000001>
15. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Netto NR Jr. Validação para o português do International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF). *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):438–44. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
16. Braz K. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária que praticam o método Pilates. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/handle/235/11893>

Fisioterapia Pélvica na Disfunção Erétil e Ejaculação Precoce: revisão integrativa



Luis Gustavo Portela dos Santos¹, Emanuely Piacessi Holovati²
Wagner Menna Pereira² e Alana Tâmis Leonel³

RESUMO

Panorama: Disfunção erétil e ejaculação precoce são problemas altamente prevalentes e para os quais ainda não existe consenso sobre o tratamento mais efetivo. **Objetivo:** Elencar as técnicas de fisioterapia pélvica mais efetivas sobre as disfunções sexuais masculinas. **Método:** Revisão das bases PubMed, SciELO, PEDro e Cochrane de 2004 a 2025, incluindo treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), biofeedback, liberação miofascial, eletroestimulação, relaxamento e exercícios físicos. prostatectomia, tratamento oncológico, cirurgias pélvicas, doenças neurológicas e medicamentos para disfunção sexual. **Resultados:** Houve melhora significativa da função erétil, do controle ejaculatório e da dor pélvica, além de aumento da qualidade de vida, com destaque para a combinação do TMAP e do biofeedback. **Conclusão:** As intervenções fisioterapêuticas mostraram-se estratégias eficazes, seguras e de baixo custo para o tratamento das disfunções sexuais masculinas, mas a escassez de estudos clínicos e a falta de padronização metodológica reforçam a necessidade de novas pesquisas que consolidem o papel da fisioterapia pélvica na saúde sexual masculina.

ABSTRACT

Panorama: Erectile dysfunction and premature ejaculation are highly prevalent problems for which there is still no consensus on the most effective treatment. **Aims:** To list the most effective pelvic floor physiotherapy techniques for male sexual dysfunctions. **Method:** Review of PubMed, SciELO, PEDro and Cochrane databases from 2004 to 2025, including pelvic floor muscle training (PFMT), biofeedback, myofascial release, electrostimulation, relaxation and physical exercises. The study excluded cases of prostatectomy, cancer treatment, pelvic surgeries, neurological diseases and medications for sexual dysfunction. **Results:** There was a significant improvement in erectile function, ejaculatory control and pelvic pain, as well as an increase in quality of life, with the combination of PFMT and biofeedback being particularly noteworthy. **Conclusion:** Physiotherapeutic interventions have proven to be effective, safe, and low-cost strategies for the treatment of male sexual dysfunctions, but the scarcity of clinical studies and the lack of methodological standardization reinforce the need for further research to consolidate the role of pelvic floor physiotherapy in male sexual health.

¹ Acadêmico de Fisioterapia do Centro Universitário UniGuairacá, Guarapuava, PR, Brasil. gustavo2580luis@gmail.com

² Fisioterapeuta, Docente do Centro Universitário UniGuairacá, Guarapuava, PR, Brasil.

³ Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde, Guarapuava, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

A função sexual masculina é caracterizada pelo conjunto de ações que envolvem uma boa libido, função erétil, ejaculação, orgasmo e saúde mental. O equilíbrio nessas fases é fundamental para uma resposta sexual saudável, porém, quando ocorre um desequilíbrio em qualquer uma delas, podem surgir as disfunções sexuais¹.

As disfunções sexuais masculinas constituem um importante problema de saúde pública, impactando significativamente a qualidade de vida, a autoestima e os relacionamentos interpessoais dos homens. Diversos fatores influenciam a função sexual incluindo a libido, a função erétil, o orgasmo e a ejaculação. Alterações persistentes em qualquer uma dessas etapas pode caracterizar uma disfunção, definida como qualquer dificuldade que comprometa o ciclo da resposta sexual ou cause sofrimento ao indivíduo¹.

Esse conceito abrange diferentes condições clínicas, entretanto, no presente estudo, serão abordadas especificamente a disfunção erétil (DE) e a ejaculação precoce (EP)¹, visto que ambas apresentam alta prevalência e repercussões negativas sobre a saúde física e mental para os homens, além de afetar significativamente suas relações sociais e conjugais².

No Brasil, pesquisas epidemiológicas confirmam a alta incidência de ambas as condições. O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB) indica que cerca de 45,1% dos homens apresentam DE, enquanto o Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) aponta prevalência semelhante, de 46,2%. Estudos realizados na região Nordeste revelam índices próximos, entre 39,5% e 40%³. Já a EP é considerada a disfunção sexual masculina mais frequente, acometendo de 20% a 30% dos homens ao longo da vida, embora a maioria não receba tratamento adequado⁴. Esses dados reforçam a relevância clínica do tema e a necessidade de estratégias eficazes para o manejo dessas condições.

A DE é definida como a incapacidade persistente ou recorrente de alcançar e/ou manter uma ereção suficiente para a satisfação sexual⁵. A EP, por sua vez, caracteriza-se pela ejaculação antes do desejado, ocorrendo geralmente em até um minuto após a penetração vaginal⁶.

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) desempenham papel crucial em todas as fases da resposta sexual desde o desejo, excitação, orgasmo e resolução. Durante a fase de excitação, estruturas como os músculos isquiocavernosos e bulbocavernosos são responsáveis por aumentar a

pressão intracavernosa e impedir o refluxo venoso durante a ereção, garantindo rigidez adequada para a relação sexual⁷. Além disso, esses músculos influenciam o reflexo ejaculatório e seu controle voluntário, podendo contribuir para a modulação da resposta sexual, o que evidencia a importância da adequada funcionalidade muscular para o desempenho em todas as etapas⁵ [D]. Portanto, disfunções nesses músculos podem afetar significativamente o desempenho sexual masculino. Alterações como hipertonia, espasmos e pontos-gatilho miofasciais estão associadas à dor, ejaculação precoce, dificuldade em atingir o clímax e dor pós-ejaculatória^{5,8}.

Nesse contexto, a fisioterapia pélvica masculina surge como uma abordagem terapêutica segura, eficaz e conservadora, com foco na restauração da função muscular e no alívio de sintomas associados. Essa intervenção é descrita por estratégias como técnicas manuais, incluindo liberação miofascial e inativação de pontos-gatilho, com o objetivo de normalizar amplitude de movimento⁸, e o Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP), recurso amplamente utilizado, que consiste em exercícios específicos para o fortalecimento e controle voluntário dos MAP, sendo considerado uma alternativa não invasiva para a intervenção da DE e a EP⁹.

Apesar do crescente uso dessas abordagens, as evidências científicas sobre sua eficácia em disfunções sexuais masculinas não relacionadas à prostatectomia permanecem limitadas e heterogêneas⁸. Grande parte da produção científica ainda é voltada para a saúde da mulher e para condições como incontinência urinária, o que mostra uma lacuna importante para a saúde sexual masculina¹. Além disso, muitos estudos disponíveis apresentam limitações metodológicas, ausência de protocolos padronizados e resultados inconsistentes, dificultando comparações e causando uma generalização das conclusões⁷.

Diante desse cenário, torna-se necessária a síntese crítica das evidências disponíveis, a fim de identificar estratégias fisioterapêuticas eficazes e fornecer subsídios para a prática clínica baseada em evidências. Assim, esta revisão integrativa tem como objetivo analisar as publicações científicas dos últimos anos que investigaram os efeitos das intervenções fisioterapêuticas nas disfunções sexuais masculinas, excluindo indivíduos submetidos à prostatectomia, tratamento oncológico prostático, cirurgias pélvicas recentes, doenças neurológicas, condições crônicas descompensadas, atletas profissionais e usuários de medicamentos específicos para disfunção sexual.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa com o objetivo de analisar as evidências disponíveis acerca dos efeitos das técnicas manuais, do Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP) e de recursos complementares no tratamento das disfunções sexuais masculinas. A pergunta norteadora foi: “Quais são os efeitos das intervenções fisioterapêuticas, incluindo técnicas manuais, Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP) e recursos complementares, sobre as disfunções sexuais masculinas em homens adultos?”, direcionada pelo método PICO¹⁰.

A busca e posterior leitura dos estudos foram realizadas no período de junho a setembro de 2025. A busca por estudos foi realizada em bases de dados eletrônicas reconhecidas pela relevância na área da saúde: PubMed (incluindo Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Cochrane Library e Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica (RBFP). A escolha dessas bases justifica-se pela abrangência e qualidade das publicações: a PubMed/Medline oferece um amplo repositório de artigos biomédicos; a SciELO reúne literatura latino-americana; a PEDro é especializada em estudos clínicos em fisioterapia; e a Cochrane Library é referência mundial em revisões sistemáticas e meta-análises.

Os descritores foram definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, inglês e espanhol, associados por combinação de termos com palavras-chave “AND” e “OR”. Os principais termos utilizados foram “disfunção erétil”, “ejaculação precoce”, “disfunção sexual”, “fisioterapia”, “assoalho pélvico”, “ponto-gatilho”, “treinamento muscular do assoalho pélvico” e “técnicas manuais”.

O recorte temporal compreendeu o período de janeiro de 2020 a maio de 2025, buscando contemplar as evidências mais recentes. Entretanto, devido à escassez de estudos que abordassem diretamente o tema, foram incluídas também publicações anteriores, datadas de 2004, 2006 e 2014, desde que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo.

Foram estabelecidos critérios rigorosos para a inclusão e exclusão dos estudos, com o objetivo de garantir a qualidade metodológica e minimizar possíveis vieses nos resultados. As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO, PEDro, Cochrane, MEDLINE e na Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica (RBFP). Consideraram-se publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, embora nenhum estudo em espanhol tenha sido identificado.

Foram incluídos artigos enquadrados nos seguintes critérios: Homens com idade entre 18 e 75 anos; Diagnóstico ou queixa de disfunções sexuais masculinas (disfunção erétil, ejaculação precoce; Estudos que abordassem técnicas manuais ou treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) como intervenção primária; Ensaio clínico randomizado (RCTs), estudos quase-experimentais, observacionais e revisões sistemáticas; Participantes com vida sexual ativa nas últimas quatro semanas.

Foram excluídos estudos sobre: Homens submetidos à prostatectomia ou em tratamento para câncer de próstata; Pacientes com histórico de cirurgias pélvicas recentes; Indivíduos com doenças neurológicas (como lesão medular ou acidente vascular encefálico) ou condições crônicas descompensadas; Atletas profissionais (devido aos níveis de testosterona e o condicionamento cardiovascular otimizado); Usuários de medicamentos específicos para disfunção sexual e condições crônicas descompensadas; Artigos duplicados ou sem resumo disponível; Estudos com público feminino. Esses critérios foram definidos para reduzir interferências nos resultados fisiológicos e sexuais, assegurando a homogeneidade da amostra e a confiabilidade dos achados.

O processo de seleção ocorreu em três etapas: Leitura de títulos e resumos, para exclusão dos estudos que não atendiam aos critérios metodológicos; Leitura na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis; Inclusão final dos estudos, após consenso entre os revisores pré-estabelecidos. Para extração e organização das informações, utilizou-se um instrumento padronizado, contendo: título, autores, ano, objetivo, delineamento, amostra, intervenção, desfechos e principais resultados.

Os estudos incluídos foram analisados criticamente quanto ao nível de evidência e qualidade metodológica. A síntese dos dados foi realizada por meio de análise descritiva e síntese narrativa, agrupando os achados de acordo com o tipo de intervenção fisioterapêutica (técnicas manuais, treinamento dos músculos do assoalho pélvico TMAP e outras abordagens complementares), tipo de disfunção sexual abordada (disfunção erétil, ejaculação precoce e principais resultados clínicos (melhora da função erétil, controle ejaculatório, redução da dor e qualidade de vida).

De modo geral, os estudos apresentaram padrões semelhantes de melhora, especialmente naqueles que utilizaram técnicas manuais associadas ao TMAP, demonstrando resultados positivos em cerca de 80% das publicações analisadas. Entretanto, foram observadas discrepâncias

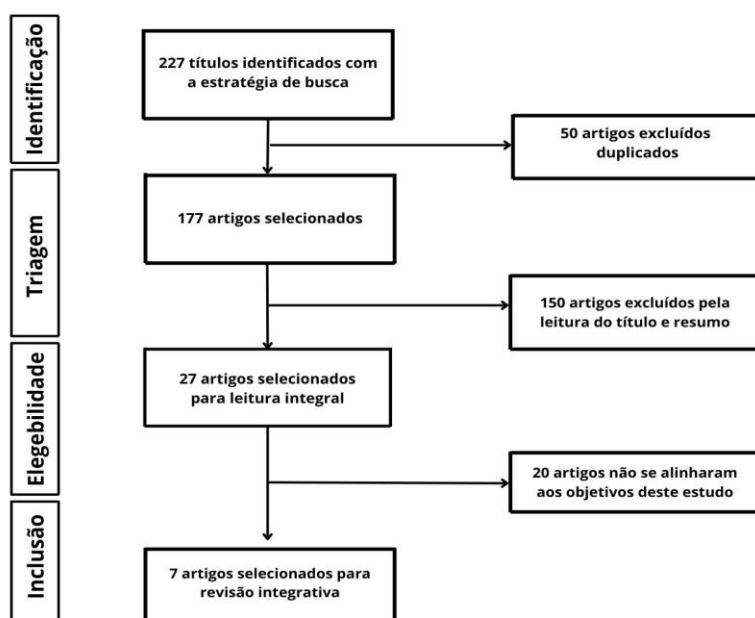
metodológicas, como amostras reduzidas e índices de desistência relacionados à melhora precoce dos sintomas, o que pode representar um viés de resultados.

Além disso, alguns estudos integraram abordagens complementares, como biofeedback, eletroestimulação e exercícios combinados, o que reforça a variedade de estratégias fisioterapêuticas aplicadas ao tratamento das disfunções sexuais masculinas. Essas observações permitiram uma análise comparativa consistente, preservando a fidelidade dos dados e contribuindo para a resposta à pergunta norteadora do estudo.

RESULTADOS

A seleção dos estudos que compõem esta revisão integrativa seguiu rigorosamente as etapas ilustradas no fluxograma (**Figura 1**). Conforme detalhado no processo de seleção, foram identificados sete estudos que atenderam a todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Os artigos identificados compreendem diferentes tipos de delineamento, incluindo ensaios clínicos, revisões integrativas e revisões narrativas. Em relação ao período de publicação, as datas variam de 2004 a 2021 e abrangem diferentes contextos clínicos, com foco em homens com disfunção erétil e ejaculação precoce. As intervenções fisioterapêuticas abordadas nesses estudos contemplaram técnicas manuais, Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP), uso de biofeedback e abordagens combinadas.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa



A Tabela 1 apresenta a síntese dos estudos incluídos nesta revisão, destacando de forma organizada a autoria, o ano de publicação, o objetivo principal, as intervenções utilizadas e os principais resultados encontrados por cada pesquisa.

Tabela 1: Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa

Autor/ Ano	Objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
DOREY et al., 2004 [A]	Avaliar eficácia de exercícios do assoalho pélvico + biofeedback vs. mudanças no estilo de vida.	Ensaio clínico randomizado com 55 homens (22–78 anos) com disfunção erétil. O grupo intervenção realizou exercícios do assoalho pélvico com biofeedback e orientações de estilo de vida, enquanto o controle recebeu apenas orientações. Avaliação pelo IIEF, Biofeedback e medidas clínicas em 3 e 6 meses.	Após 3 meses, o grupo intervenção apresentou melhora significativa no IIEF (+6,74 pontos; $p=0,004$) e maior pressão anal. Em 6 meses, 40% normalizaram a função erétil, 34,5% melhoraram parcialmente e 25,5% não responderam.	Os exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback são eficazes no tratamento da disfunção erétil e podem ser considerados terapia de primeira linha.
ANDERSON et al., 2006 [B]	Avaliar efeitos da liberação de pontos-gatilho e relaxamento na função sexual.	Tratamento com liberação manual de pontos-gatilho do assoalho pélvico e sessões de relaxamento, avaliados por PPSS (Pesquisa de Sintomas de Dor Pélvica), NIH-CPSI (Índice de Sintomas de Prostatite Crônica) e GRA (Avaliação Global de Resposta do Paciente) em seguimento de 5 meses.	Inicialmente, 92% apresentavam disfunção sexual (dor ejaculatória 56%, baixa libido 66%), Após intervenção, sintomas sexuais melhoraram entre 77% e 87% nos respondedores; 70% relataram melhora global moderada ou acentuada.	O protocolo combinando liberação de pontos-gatilho e relaxamento reduziu dor e melhorou a função sexual, sendo alternativa eficaz para casos resistentes a terapias convencionais.
Lavoisier et al., 2014 [B]	Verificar se intervenções de reabilitação do músculo isquiocavernoso (ICM-RI) aumentam a pressão intracavernosa (ICP) e, por consequência, a rigidez peniana.	Sessões semanais (~20 sessões) de contrações voluntárias do ICM associadas à eletroestimulação e estímulo vibratório, realizadas em ereção induzida por prostaglandina. Mediram-se variações da pressão intracavernosa com dispositivo de manguito peniano não invasivo; análise por modelos lineares mistos para avaliar pressão intracavernosa ao longo das sessões. Alguns participantes tomaram medicação (PDE5-i, antidepressivos conforme grupo).	Em pacientes com tendência positiva, a variação máxima de pressão (ΔP) aumentou ~87% (ED) e 88% (PE) ao longo das sessões; o platô de ICP também mostrou aumentos importantes. A progressão média esperada após 5 sessões foi de ~63–64 cmH ₂ O. Houve melhora dos parâmetros de rigidez medida indiretamente; efeitos em sintomas de ejaculação precoce foram mais difíceis de quantificar.	O protocolo de fortalecimento do ICM aumenta medidas indiretas de força e ICP, sugerindo benefício na rigidez peniana — provando a plausibilidade fisiológica da reabilitação perineal em DE. Ensaios clínicos randomizados são necessários para confirmar a eficácia clínica definitiva.

Tabela 1: Continuação

Autor/ Ano	Objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
La Pera, 2014 [B]	Avaliar a taxa de cura da ejaculação precoce com um protocolo baseado na consciência e no controle da contração do assoalho pélvico durante a fase pré-orgásmica, associado à reabilitação com exercícios, biofeedback e eletroestimulação.	Pacientes foram instruídos sobre o papel da musculatura do assoalho pélvico no controle da ejaculação. O protocolo incluiu quatro etapas: (1) conscientização dos músculos, (2) aprendizado da contração seletiva, (3) treino do momento correto de contrair durante a sensação pré-orgásmica, (4) reforço da força e resistência muscular. Foram aplicados exercícios domiciliares ("start and stop") e sessões ambulatoriais de reabilitação pélvica (biofeedback, exercícios e eletroestimulação). O treinamento durou de 2 a 6 meses, com média de 2 a 5 visitas por ciclo. Avaliações incluíram IELT, questionário PEDT e critérios clínicos de cura.	55% dos pacientes que completaram o protocolo foram considerados curados, aprendendo a controlar e postergar o reflexo ejaculatório. Em 26 pacientes avaliados objetivamente, o IELT aumentou de <2 minutos para >10 minutos após tratamento. A taxa de cura foi maior em homens <35 anos (65%). 45% não responderam e necessitaram de terapia farmacológica. Não houve efeitos adversos relatados.	O protocolo baseado na consciência e reabilitação do assoalho pélvico é eficaz para aproximadamente metade dos homens com ejaculação precoce. O tratamento demanda comprometimento e tempo, mas torna o paciente independente de medicamentos, sem efeitos colaterais, sendo particularmente efetivo em pacientes jovens.
LATORRE; FERNANDES; MACHADO, 2021 [D]	Avaliar recursos fisioterapêuticos para homens com DE que não realizaram prostatectomia.	Busca em PubMed, LILACS, PEDro e SciELO com descritores relacionados a "disfunção erétil" e "fisioterapia". Excluídos estudos com prostatectomizados ou uso de farmacoterapia associada.	Exercícios aeróbicos, treinamento da musculatura do assoalho pélvico, eletroestimulação, laser/pressão negativa e dispositivos de vácuo apresentaram melhora significativa da função erétil. Destaque para exercícios pélvicos, com melhora em até 75% dos casos.	Poucos estudos abordam pacientes não prostatectomizados, mas há evidências de que fisioterapia pélvica e atividade física podem reverter a DE, sendo necessários novos ensaios clínicos.
YAACOV; NELINGER; KALICHMAN, 2021 [D]	Avaliar efeitos da fisioterapia pélvica (exercícios + terapias manuais) em homens com disfunção erétil (DE) e ejaculação precoce (EP).	Revisão narrativa de 37 estudos (RCTs, meta-análises e observacionais) publicados até 2020 sobre fisioterapia pélvica em disfunção erétil e ejaculação precoce.	O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, associado à fisioterapia manual, biofeedback e eletroestimulação, mostrou melhora significativa da função sexual.	A reabilitação do assoalho pélvico é segura, eficaz e deve ser considerada a primeira opção no tratamento conservador da disfunção erétil e ejaculação precoce.

Tabela 1: Continuação

Autor/ Ano	Objetivo	Metodologia	Resultado	Conclusão
FRANCO; CARDOSO; SILVA, 2021 [D]	Descrever a disfunção erétil como problema de saúde e as opções de tratamento fisioterapêutico disponíveis.	Pesquisa e seleção por leitura analítica dos resumos e leitura integral quando necessário; critérios de inclusão: artigos com foco na atuação da fisioterapia na saúde do homem/DE	Foram descritas múltiplas intervenções fisioterapêuticas: exercícios de Kegel/treinamento de assoalho pélvico, eletroterapia, vacuoterapia (VED/VCD), ondas de choque de baixa intensidade, aconselhamento psicosssexual e reeducação postural/relaxamento. Estudos apontam eficácia dos exercícios pélvicos e de algumas técnicas (evidência heterogênea e necessidade de mais ensaios controlados).	A fisioterapia oferece opções não invasivas, de baixo custo e úteis na prevenção e tratamento da DE; contudo, há necessidade de pesquisas de melhor qualidade para consolidar protocolos e recomendações.

Esta seção sintetiza os achados de sete artigos que investigaram intervenções fisioterapêuticas para disfunções sexuais masculinas como disfunção erétil (DE), ejaculação precoce (EP) e dor pélvica publicados entre 2004 e 2021, em países como Reino Unido, Estados Unidos, Itália, França, Brasil e Israel. Os estudos, de caráter descritivo e qualitativo, incluem relatos de caso e ensaios experimentais¹¹[D].

Reino Unido (2004) [A]: Um ensaio clínico randomizado avaliou 55 homens com DE, comparando treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) associado a biofeedback e orientações de estilo de vida versus apenas orientações. Após três meses, o grupo intervenção apresentou aumento significativo no score do International Index of Erectile Function (IIEF) (incremento médio de 6,74 pontos; $p=0,004$) e melhora da pressão anal. Aos seis meses, 40% recuperaram a função erétil, 34,5% tiveram melhora parcial e 25,5% não responderam, reforçando o TMAP como estratégia de primeira linha para DE¹².

Estados Unidos (2006) [B]: Estudo experimental com 146 homens com dor pélvica refratária e disfunções sexuais associadas (ejaculatória, baixa libido, DE) aplicou liberação manual de pontos-gatilho e treinamento de relaxamento. Após cinco meses, 77% a 87% relataram redução significativa nos sintomas sexuais, e 70% apresentaram melhora global moderada ou acentuada, confirmando a eficácia da associação de técnicas manuais e relaxamento¹³.

Itália (2014) [B]: Em 78 homens com EP, um protocolo de conscientização e contração seletiva da musculatura pélvica, aliado a biofeedback e eletroestimulação, resultou em taxa de cura de 55%, com aumento do tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) de menos de 2 para mais de 10 minutos em 26 pacientes. Homens com menos de 35 anos apresentaram taxa de cura de 65%¹⁴.

França (2014)[B]: Estudo observacional com 122 homens com DE e 108 com EP avaliou a reabilitação do músculo isquiocavernoso por contrações voluntárias e eletroestimulação. Após 20 sessões, houve aumento médio de 87% (DE) e 88% (EP) na pressão intracavernosa, sugerindo benefícios significativos, embora sejam necessários ensaios clínicos robustos para confirmação¹⁵.

Brasil (2021) [D]: Revisão integrativa identificou que exercícios aeróbicos, TMAP, eletroestimulação, laser e dispositivos de vácuo melhoraram a função erétil, com destaque para o TMAP (taxas de recuperação de até 75%). Ressaltou-se, porém, a escassez de ensaios clínicos específicos para homens não submetidos à prostatectomia¹⁶.

Brasil (2021): A fisioterapia foi apresentada como recurso eficaz, de baixo custo e não invasivo para DE, com benefícios clínicos associados a eletroterapia, aconselhamento psicosssexual, ondas de choque e exercícios de Kegel. A heterogeneidade metodológica e a ausência de protocolos padronizados, no entanto, limitam a consolidação da prática baseada em evidências.¹⁷ [D]

Israel (2021) [D]: Revisão narrativa de 37 estudos confirmou que o fortalecimento do assoalho pélvico, associado a técnicas manuais, biofeedback e eletroestimulação, melhora a função sexual. Concluiu-se que a abordagem fisioterapêutica deve ser multifacetada, contemplando aspectos musculoesqueléticos e comportamentais, com o TMAP como opção preferencial, segura e não invasiva⁵.

As intervenções mais recorrentes e eficazes incluem TMAP, liberação de pontos-gatilho, relaxamento, biofeedback, eletroestimulação e exercícios aeróbicos. Os principais efeitos relatados foram melhora da função erétil, aumento da pressão anal e da libido, redução da dor ejaculatória, maior controle ejaculatório e normalização da função sexual. Esses achados reforçam o papel da fisioterapia pélvica como alternativa terapêutica conservadora no manejo das disfunções sexuais masculinas.

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa reforçam que a fisioterapia pélvica masculina é uma abordagem eficaz e segura no manejo das disfunções sexuais, especialmente a disfunção erétil (DE) e a ejaculação precoce (EP). Mas por que essa intervenção tem se mostrado tão promissora? A resposta está na combinação de técnicas como o Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP), as manobras manuais, o biofeedback e a eletroestimulação, que compartilham um mesmo objetivo: fortalecer, conscientizar e melhorar o controle neuromuscular da região pélvica, aspectos essenciais para o desempenho sexual adequado.

No caso da função erétil, estudos demonstram que o TMAP exerce impacto direto ao recrutar adequadamente os músculos isquiocavernosos e bulbocavernosos, aumentando a pressão intracavernosa e sustentando a ereção. Dorey et al. (2004)¹² [A], por exemplo, associaram exercícios pélvicos e biofeedback e observaram melhora significativa da rigidez peniana e da pontuação no International Index of Erectile Function (IIEF), com normalização parcial ou completa da função sexual em até 40% dos casos.

Lavoisier et al. (2014)¹⁵ [B] também constataram elevação expressiva da pressão intracavernosa após protocolos de contração voluntária e eletroestimulação, reforçando a legitimidade fisiológica dessa intervenção. Esses achados indicam que a reabilitação pélvica atua tanto na melhora da força muscular quanto na eficiência hemodinâmica peniana, consolidando-se como uma estratégia de base científica sólida para o tratamento conservador da DE.

Já em relação à dor pélvica e seu impacto na função sexual, Anderson et al. (2006)¹³ [B] relataram redução significativa da dor ejaculatória e melhora da libido em pacientes submetidos à liberação de pontos-gatilho e relaxamento dirigido. Esses resultados evidenciam a importância do equilíbrio entre tônus e flexibilidade muscular, uma vez que a hipertonia e a presença de pontos-gatilho podem comprometer reflexos neurovasculares e contribuir para a disfunção erétil e ejaculatória. Assim, a normalização do tônus e a redução da dor permitem restaurar a coordenação neuromuscular e a resposta sexual adequada.

No que diz respeito à ejaculação precoce, o protocolo descrito por La Pera (2014)¹⁴ [B] demonstrou resultados expressivos, com taxa de cura de 55% e aumento do tempo de latência ejaculatória para mais de 10 minutos em parte dos pacientes. O tratamento baseou-se na

conscientização e controle da contração dos músculos do assoalho pélvico durante a fase pré-orgásmica, favorecendo o aprendizado motor e a autorregulação da resposta ejaculatória. Esses achados são corroborados por Yaacov, Nelinger e Kalichman (2021)⁵ [D], que destacaram o papel central do treinamento pélvico na modulação do reflexo ejaculatório, especialmente quando associado a biofeedback e eletroestimulação. Dessa forma, o aprimoramento do controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico proporciona melhora significativa do tempo de latência e da satisfação sexual, podendo reduzir a dependência de terapias farmacológicas.

No entanto, a análise comparativa dos estudos revela não apenas a eficácia do TMAP e das técnicas manuais, mas também divergências metodológicas importantes. Enquanto alguns ensaios clínicos utilizaram instrumentos padronizados e acompanhamento de longo prazo, outros apresentaram amostras reduzidas, ausência de grupo controle ou combinação de múltiplas intervenções, dificultando a determinação do efeito isolado de cada técnica. Essa heterogeneidade metodológica representa um desafio para a consolidação de protocolos clínicos e limita a extrapolação dos resultados para diferentes populações.

Outro ponto relevante é a escassez de estudos que abordem o público masculino não prostatectomizado. A maioria das pesquisas sobre fisioterapia pélvica ainda é direcionada a pacientes pós-prostatectomia ou ao público feminino, o que reforça a lacuna científica na área da saúde sexual masculina idiopática. Essa ausência de padronização limita a criação de diretrizes clínicas específicas, evidenciando a necessidade de ensaios controlados e de longo prazo voltados exclusivamente a homens com disfunções sexuais não associadas a procedimentos cirúrgicos.

Além das limitações metodológicas, observa-se pouca investigação sobre o impacto psicossocial das intervenções fisioterapêuticas. Embora os estudos apontem melhora da função sexual e da dor, poucos exploram desfechos subjetivos como autoestima, ansiedade sexual e qualidade de vida. Considerando que as disfunções sexuais masculinas envolvem componentes fisiológicos e psicogênicos, a integração de abordagens multiprofissionais poderia potencializar os resultados terapêuticos.

De modo geral, os resultados desta revisão demonstram que a fisioterapia pélvica é uma estratégia promissora, de baixo custo e não invasiva, capaz de promover melhora significativa da função erétil, controle ejaculatório e alívio da dor pélvica. Contudo, a ausência de protocolos

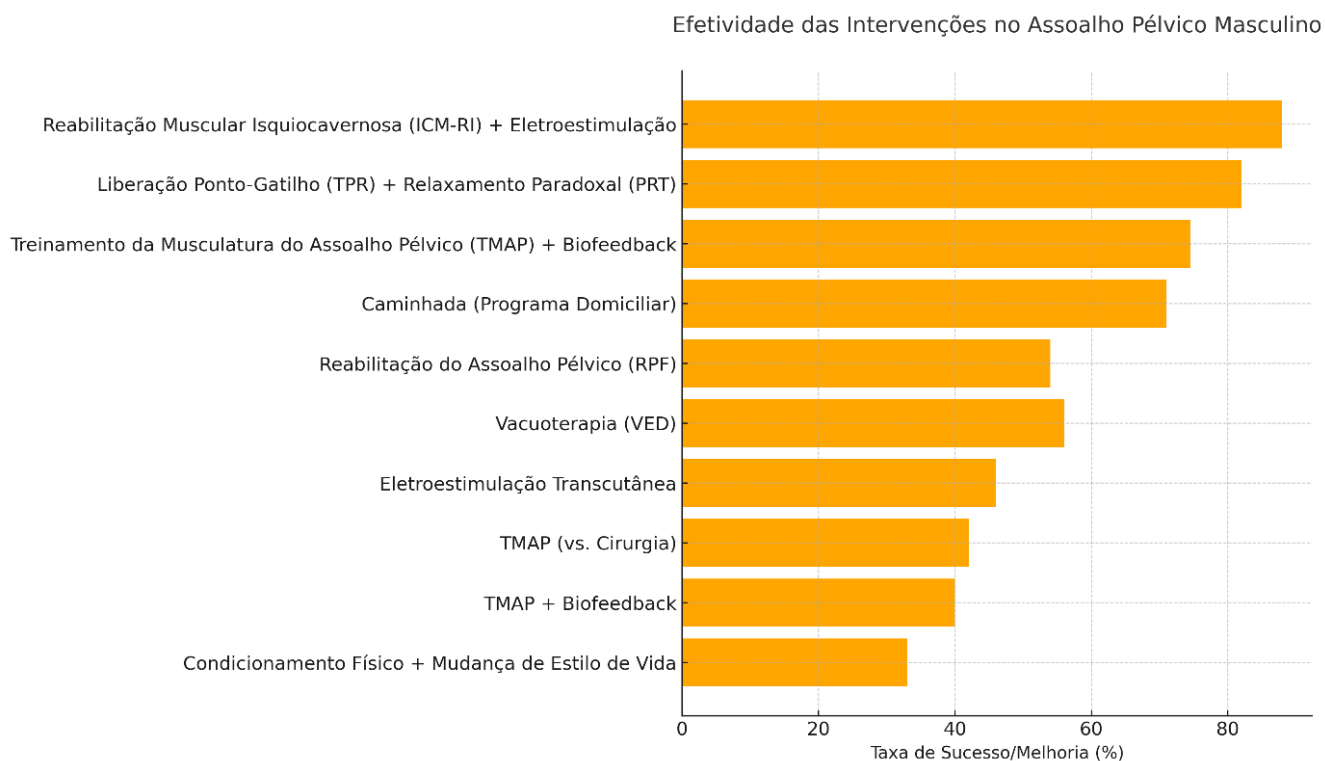
padronizados, a variabilidade nas amostras e a falta de seguimento longitudinal ainda limitam a generalização das evidências. Portanto, há necessidade de ensaios clínicos randomizados com maior rigor metodológico, padronização de técnicas e acompanhamento prolongado para consolidar o papel da fisioterapia como tratamento de primeira linha nas disfunções sexuais masculinas.

A evidência complementar consolida a eficácia da fisioterapia pélvica, que emerge como uma intervenção não farmacológica e não invasiva para disfunção erétil e ejaculação precoce, além de demonstrar sucesso em abordagens multimodais, como a liberação de pontos-gatilho miofasciais e o relaxamento, no tratamento pélvico. Tal aplicabilidade abrangente é crucial, especialmente ao considerar a alta prevalência de disfunção sexual em populações jovens e não prostatectomizadas, destacando a importância da fisioterapia como um recurso subutilizado.¹⁸ [D] No entanto, a ampla variabilidade metodológica nos protocolos de intervenção e dosagem limita a capacidade de formular diretrizes clínicas precisas, reforçando a necessidade de ensaios de maior exatidão para que a fisioterapia pélvica seja universalmente estabelecida como o tratamento de primeira linha que seu potencial sugere.¹⁹ [D]

Para ilustrar a eficácia clínica das intervenções, os dados analisados nesta revisão indicam que as abordagens baseadas no TMAP, frequentemente associadas a técnicas como biofeedback, apresentam as maiores taxas de resultado positivo, atingindo até 80% de sucesso em casos de disfunção erétil e 65% em ejaculação precoce. Esses resultados reforçam a premissa de que a reabilitação pélvica é uma estratégia robusta e eficaz, variando sua aplicabilidade de acordo com a especificidade da disfunção, mas mantendo um alto potencial de melhora em todos os cenários.

Em síntese, as evidências analisadas reforçam que o fortalecimento e a reeducação da musculatura pélvica desempenham papel fundamental na restauração da função sexual e na melhoria da qualidade de vida dos homens afetados por DE e EP. Apesar das limitações identificadas, os achados desta revisão firmam a importância da fisioterapia pélvica como ferramenta terapêutica central, destacando seu potencial para reduzir a dependência de terapias farmacológicas e invasivas. Um comparativo visual a respeito da eficácia das técnicas está sumarizado na página a seguir.

A consolidação dessa prática exige, contudo, o avanço de estudos controlados, multicêntricos e de longo prazo, que validem cientificamente os protocolos fisioterapêuticos e ampliem seu uso clínico.

Gráfico 1: Comparativo da efetividade das intervenções no assoalho pélvico masculino.

CONCLUSÃO

Essa revisão integrativa demonstrou que as intervenções fisioterapêuticas, como o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), biofeedback, liberação miofascial, eletroestimulação, relaxamento e exercícios físicos, mostram resultados positivos na melhora das disfunções sexuais masculinas, especialmente na função erétil e no controle ejaculatório. As técnicas mostraram potencial para restaurar o equilíbrio muscular, melhorar a circulação local e promover maior consciência corporal, refletindo em benefícios funcionais e psicológicos.

Apesar dos achados favoráveis, a escassez de estudos e a falta de padronização dos protocolos limitam a abstração dos resultados e dificultam a criação de diretrizes clínicas bem definidas. Ainda assim, a fisioterapia pélvica se destaca como uma alternativa conservadora, segura e de baixo custo, com aplicabilidade clínica relevante e potencial para integrar abordagens multidisciplinares.

Conclui-se que essa forma de intervenção é promissora e pode contribuir significativamente para a reabilitação da função sexual masculina. No entanto, torna-se essencial a realização de novos estudos, com metodologias robustas e protocolos bem estruturados, a fim de fortalecer a evidência.

científica e ampliar o reconhecimento da fisioterapia como parte integrante do tratamento dessas disfunções.

REFERÊNCIAS

1. Nunes NA. Fisioterapia na Saúde do Homem - Projecto de Intervenção [Internet]. ResearchGate. unknown; 2019. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331642966_Fisioterapia_na_Saude_do_Homem_-_Projecto_de_Intervencao
2. Anderson D, Laforge J, Ross MM, Vanlangendonck R, Hasoon J, Viswanath O, et al. Male Sexual Dysfunction. Health Psychology Research [Internet]. 2022 Aug 20;10(3).doi: 10.52965/001c.37533 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9392840/>
3. Abdo CHN, Oliveira Jr WM de, Scanavino M de T, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. Revista da Associação Médica Brasileira. 2006 Dec;52(6):424–9. Doi:10.1590/s0104-42302006000600023 PMID: 17242780
4. Francischi FB de, Ayres DC, Itao RE, Spessoto LCF, Arruda JGF del, Facio Junior FN. Ejaculação precoce: existe terapia eficiente? einstein (São Paulo) [Internet]. 2011;9:545–9. Doi: 10.1590/S1679-45082011RB1929 Available from: <https://www.scielo.br/j/eins/a/nMhmrNwLPtq43tf3krCzPZf/?lang=pt&format=html>
5. Yaacov D, Nelinger G, Kalichman L. The Effect of Pelvic Floor Rehabilitation on Males with Sexual Dysfunction: A Narrative Review. Sexual Medicine Reviews. 2021 Apr; doi:<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.02.001>
6. Lidório AA, Tataren JC. Disfunções sexuais masculinas. In: Psicologia clínica na análise do comportamento. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2012. Disponível em: <https://www.uel.br/grupo-estudo/analisedocomportamento/pages/arquivos/DISFUNCOES%20SEXUAIS%20MASCULINAS.pdf>
7. Wong C, Louie DR, Beach C. A Systematic Review of Pelvic Floor Muscle Training for Erectile Dysfunction After Prostatectomy and Recommendations to Guide Further Research. The Journal of Sexual Medicine. 2020 Feb 3;17(4):737–48 doi:10.1016/j.jsxm.2020.01.008
8. Dal Farra F, Aquino A, Tarantino AG, Origo D. Effectiveness of Myofascial Manual Therapies in Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. International Urogynecology Journal. 2022 Apr 7; doi:10.1007/s00192-022-05173-x
9. Milijs JE, Ackland TR, Green DJ. Pelvic Floor Muscle Training and Erectile Dysfunction in Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial Investigating a Non-Invasive Addition to Penile Rehabilitation. Sexual Medicine. 2020 Sep;8(3):414–21. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.03.005>

10. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007 Jun;15(3):508–11. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
11. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo) [Internet]*. 2010 Mar;8(1):102–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134> doi: 10.1590/S1679-45082010RW1134
12. Dorey G, Speakman M, Feneley R, Swinkels A, Dunn C, Ewings P. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle exercises and manometric biofeedback for erectile dysfunction. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners [Internet]*. 2004 Nov 1;54(508):819–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15527607/> PMID: PMC1324914
13. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual Dysfunction in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Improvement After Trigger Point Release and Paradoxical Relaxation Training. *Journal of Urology*. 2006 Oct;176(4):1534–9. DOI: 10.1016/j.juro.2006.06.010
14. La Pera G. Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 2014 Jun 30;86(2):123. DOI: 10.4081/aiua.2014.2.123.
15. Lavoisier P, Roy P, Dantony E, Watrelot A, Ruggeri J, Dumoulin S. Pelvic-Floor Muscle Rehabilitation in Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. *Physical Therapy [Internet]*. 2014 Dec 1;94(12):1731–43. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article/94/12/1731/2741899?login=true> DOI: 10.2522/ptj.20130354
16. Sutter GF, Machado MP, Fernandes L. Fisioterapia sobre a disfunção erétil de pacientes não prostatectomizados [Internet]. *Revista Brasileira de Fisioterapia Pelvica RBFP*. 2021. Available from: [https://perineo.net/rbfp/1\(1\)70-81.html](https://perineo.net/rbfp/1(1)70-81.html) Doi: 10.62115/rbfp.2021.1(1)70-81.
17. Franco ASG, Cardoso MN, Silva KCC da. A abordagem fisioterapeuta na disfunção erétil. *Research, Society and Development*. 2021 Oct 10;10(13):e221101321156. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21156>
18. Clara A, Gislayne C, Silva, Lanna G. Conhecimento de academicos sobre fisioterapia nas disfuncao sexual masculina. [Internet]. *Revista Brasileira de Fisioterapia Pelvica RBFP*. 2024. Available from: [https://perineo.net/rbfp/4\(1\)81-91.html](https://perineo.net/rbfp/4(1)81-91.html) DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)81-91.
19. Gbiri CAO, Akumabor JC. Effectiveness of Physiotherapy Interventions in the Management Male Sexual Dysfunction: A Systematic Review. *International Journal of Sexual Health*. 2023 Jan 2;35(1):52–66. DOI: 10.1080/19317611.2022.2155288.

Método Pilates como estratégia de reabilitação da incontinência urinária no período gestacional: revisão



Ana Beatriz Ciaramello¹, Eliel Gois¹, Laura Peetz¹, Sofia Tano Gianoni¹,
Alessandra Fabiane Lago² e Vitor Roberto Grange³

RESUMO

Panorama: O método Pilates baseia-se nos princípios de controle dos movimentos, respiração e fortalecimento do *powerhouse*, constituindo uma prática segura e eficaz para gestantes. **Objetivo:** Avaliar o método Pilates como estratégia para reabilitar a incontinência urinária de esforço (IUE) e de urgência (IUU) em gestantes, com foco em melhorar a função do assoalho pélvico. **Método:** Revisão integrativa da literatura, elaborada com o objetivo de reunir e sintetizar evidências científicas sobre a efetividade do método Pilates na reabilitação da IU durante a gestação nas bases PubMed e ResearchGate, com os descritores “*pregnancy*”, “*pilates method*” e “*urinary incontinence*”. **Resultados:** Identificados onze estudos, cinco atenderam integralmente aos critérios de inclusão e compuseram a amostra final da revisão. A maioria demonstrou benefícios consistentes na redução da frequência e severidade dos sintomas, especialmente da IUE. Os estudos apontaram ainda melhora da força do assoalho pélvico e redução da duração do trabalho de parto. **Conclusão:** Há potencial no uso do método como intervenção segura e eficaz para IU durante a gestação.

ABSTRACT

Panorama: The Pilates method is based on the principles of movement control, breathing, and strengthening of the powerhouse, constituting a safe and effective practice for pregnant women. **Aims:** To evaluate the Pilates method as a strategy for rehabilitating stress urinary incontinence (SUI) and urge urinary incontinence (UII) in pregnant women, focusing on improving pelvic floor function. **Method:** An integrative literature review was conducted to gather and synthesize scientific evidence on the effectiveness of the Pilates method in the rehabilitation of UI during pregnancy in the PubMed and ResearchGate databases, using the descriptors “*pregnancy*,” “*pilates method*,” and “*urinary incontinence*.” **Results:** Eleven studies were identified; five fully met the inclusion criteria and comprised the final sample of the review. Most demonstrated consistent benefits in reducing the frequency and severity of symptoms, especially SUI. The studies also indicated improved pelvic floor strength and reduced labor duration. **Conclusion:** There is potential in using this method as a safe and effective intervention for urinary incontinence during pregnancy.

Submissão: 18/12/2025

Aceite: 21/12/2025

Publicação: 21/12/2025

¹ Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Anhembis Morumbi, Campus Piracicaba (SP), Brasil. biaciaramello@gmail.com

² Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Anhembis Morumbi, Campus Piracicaba (SP), Brasil.

³ Preceptor de estágio de Fisioterapia da Universidade Anhembis Morumbi, Campus Piracicaba (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O Pilates é um método que foi desenvolvido por Joseph Pilates na década de 1930, seguindo seis princípios que devem ser respeitados em todos os exercícios, são eles: Respiração: lenta, controlada e sincronizada com os movimentos; Controle dos movimentos: realizado com foco na propriocepção; Centralização: fortalecimento dos músculos abdominais, considerando-os como o centro da força; Precisão: movimentos atentos aos detalhes e corretos; Fluidez: contínuos e sincronizados; Concentração: atenção plena e foco na execução, promovendo a conexão entre corpo e mente¹. Esse método melhora o alongamento e o fortalecimento global, além de beneficiar a função cardiorrespiratória, a postura, a consciência corporal e a qualidade de vida, sendo também uma ótima atividade para diversos públicos, principalmente para gestantes, devido ao seu baixo impacto².

A gestação representa um período de intensas mudanças fisiológicas e emocionais, que podem gerar desconfortos, dores e exigir da mulher uma constante adaptação ao longo da gestação. Nesse cenário, a prática de atividades físicas seguras e orientadas surge como uma estratégia importante para a manutenção da saúde da gestante e do bebê. Entre as modalidades disponíveis, o método Pilates vem sendo cada vez mais indicado, por aliar exercícios de força, flexibilidade e condicionamento aeróbico, respeitando as particularidades desse momento. A pesquisa de Alagoz et al. (2025) [D], demonstra que a prática auxilia na redução de dores lombares e pélvicas, contribui para a melhora da qualidade do sono, favorece o controle do peso gestacional e fortalece a musculatura do assoalho pélvico, o que pode reduzir problemas como a incontinência urinária³.

Importantes alterações fisiológicas e anatômicas são provocadas pela gestação que repercutem diretamente na saúde do assoalho pélvico. As mudanças hormonais relacionadas ao aumento da produção de relaxina e progesterona elevam a complacência tecidual, preparando o corpo para o parto e também favorecem maior distensão ligamentar e instabilidade articular. Associadas ao acréscimo do peso uterino e às adaptações posturais típicas do período, essas transformações criam um cenário de sobrecarga que contribui para o surgimento de disfunções urinárias, entre elas a incontinência urinária (IU) — perda ou vazamento involuntário de urina, que tem um impacto social e higiênico negativo, podendo levar ao desenvolvimento de uma situação indesejada⁴.

Trata-se de uma condição frequente durante a gestação, sendo os tipos mais comuns a incontinência urinária de esforço (IUE) e a incontinência urinária de urgência (IIUU). A primeira ocorre,

principalmente, devido às alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez: o aumento do peso uterino eleva a pressão sobre a bexiga, estimula sua atividade e reduz sua capacidade funcional, resultando em maior frequência urinária e possíveis escapes durante risadas, tosse, espirros ou exercícios.

Além disso, a fraqueza dos músculos do assoalho pélvico compromete o esfíncter uretral, favorecendo o deslocamento do colo vesical e o surgimento da IUE, mais comum no período gestacional e pós-parto¹. Já a IUU caracteriza-se pela perda involuntária de urina associada à urgência para urinar². Nesse contexto, compreender os mecanismos que levam ao enfraquecimento do suporte pélvico é essencial para o direcionamento de intervenções fisioterapêuticas eficazes⁵.

Diante do exposto, durante a gestação, o método de prevenção para a IU mais eficaz são os exercícios para o assoalho pélvico, os quais são preferidos também como primeira opção de tratamento¹. Sendo assim, o objetivo desta revisão é avaliar o Método Pilates como estratégia para reabilitar a IUE e IUU em gestantes, com foco na melhora da função do assoalho pélvico.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa que tem como finalidade reunir dados da produção científica para sistematizar e apresentar síntese de conhecimentos sobre a pergunta da pesquisa a fim de informar e apontar novos caminhos para a prática profissional e as lacunas de investigação. A pergunta da pesquisa foi construída com base na estratégia PICO, em que “P” corresponde às gestantes com diagnóstico ou relato de IU de esforço ou de urgência (população-alvo), “I” refere-se ao Método Pilates (intervenção), “C” não se aplica ao desenho de revisão integrativa (comparação), e “O” corresponde a melhora da função do assoalho pélvico (desfecho primário) e redução do tempo de parto (desfecho secundário). Assim posto, essa revisão dirige-se à seguinte pergunta da pesquisa: Qual a efetividade do Método Pilates na melhora da função do assoalho pélvico em gestantes com incontinência urinária?

A estratégia de busca foi realizada de forma eletrônica na base de dados MedLine (via PubMed) e ResearchGate. Foram utilizados os descritores controlados (MeSH/DeCS) e palavras-chave: ("pregnancy" OR "pregnant") AND ("pilates method") AND ("urinary incontinence").

Os critérios de elegibilidade incluíram; artigos publicados entre 2019 e 2025 nos idiomas

português ou inglês; ensaios clínicos randomizados ou não-randomizados, revisões sistemáticas, revisões integrativas, estudos observacionais e estudos de caso que envolvessem gestantes com diagnóstico ou relato de IU e que tivessem o método Pilates como intervenção principal ou complementar. Foram excluídos: artigos sem DOI, resumos de congressos, relatos de casos não relacionados diretamente à pergunta de pesquisa, artigos duplicados, estudos com população não gestante e intervenções que não tiveram o foco maior especificamente no método Pilates.

O processo de seleção dos estudos foi conduzido em duas etapas, conforme o modelo PRISMA. Inicialmente, três revisores independentes realizaram a triagem cega de títulos e resumos. Os artigos potencialmente relevantes tiveram seus textos completos recuperados e avaliados criticamente pelos mesmos revisores, de forma independente. As discordâncias foram resolvidas por consenso.

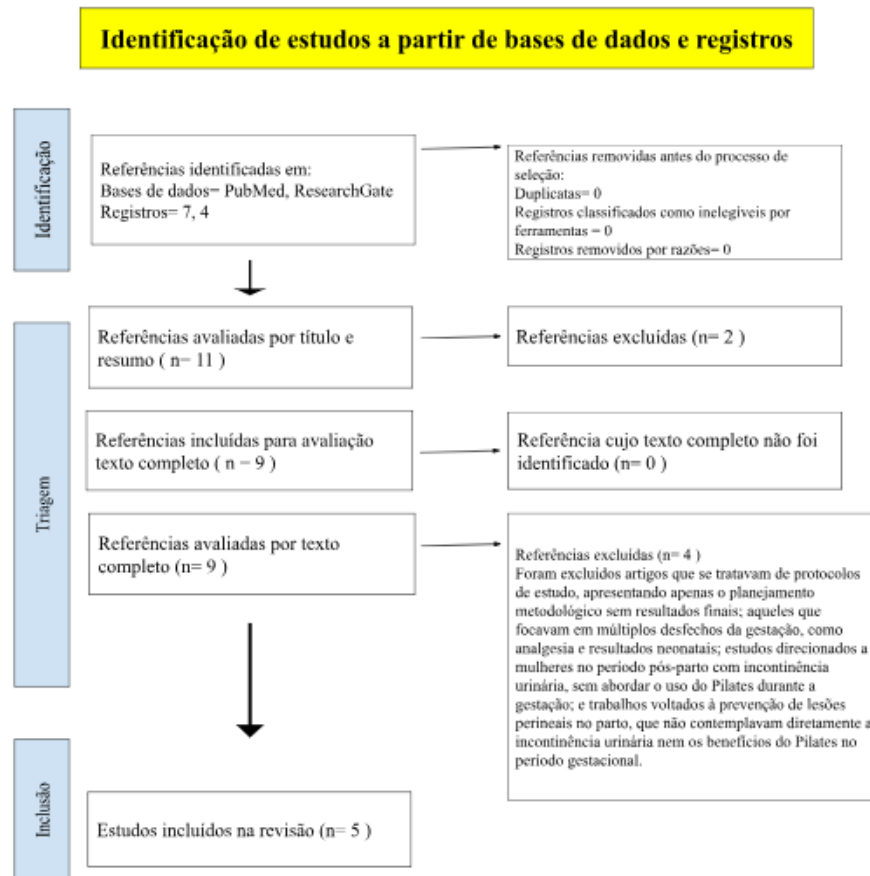
RESULTADOS

O processo metodológico teve início através da etapa de identificação, no qual, contou com o recrutamento de um total de 11 (onze) estudos científicos (Figura 1). Na sequência foi realizado o processo de triagem, que contou a observação dos títulos e resumos, restando 9 artigos, com objetivo de selecionar os artigos científicos que serão lidos na íntegra e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 4 artigos foram eliminados, pois se tratavam de protocolos de estudo, apresentando apenas o planejamento metodológico sem resultados finais; aqueles com foco em múltiplos desfechos da gestação, como analgesia e resultados neonatais; estudos direcionados a mulheres no período pós-parto com IU, sem abordar o uso do método Pilates durante a gestação; e trabalhos voltados à prevenção de lesões perineais no parto, que não contemplavam diretamente a IU nem os benefícios do método Pilates no período gestacional.

Por fim, chegando a fase de inclusão, restando 5 (cinco) estudos científicos que preenchem todo o desenho metodológico e farão parte da análise integrada deste estudo.

Devido à escassez de literatura sobre a tríade método Pilates, gestação e IU, a busca resultou em um número limitado de estudos. Apesar do número reduzido, a inclusão justifica-se pela relevância dos achados para prática clínica e por fornecer uma análise integrada e uma base inicial para futuras investigações nesta área promissora.

Figura 1: Fluxograma PRISMA de Identificação, seleção e inclusão das publicações na amostra de revisão integrativa.



No que se refere aos resultados encontrados nos estudos analisados, foram selecionadas pesquisas que avaliaram os efeitos do método Pilates durante a gestação, com foco na IU e em outros benefícios maternos. As informações foram organizadas de acordo com título, referência, local, objetivo, metodologia, resultados e conclusão de cada estudo, possibilitando uma visão comparativa das evidências disponíveis na literatura, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1: Estudos selecionados sobre os efeitos do método Pilates durante a gestação na IU.

Título	Referência	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
Effect of pilates performed during pregnancy on postpartum stress urinary incontinence in primipara women	Urer., Ozen, Terzioglu (2023). [B]	Avaliar o efeito da prática do Método Pilates na prevenção IUE no período pós-parto em primíparas.	Estudo retrospectivo de caso-controle, com 142 mulheres divididas em grupo que praticava o Método Pilates (71) durante a gestação e grupo controle que não praticava (71).	A prevalência de IUE no pós-parto foi de 39,4%. Mulheres que realizaram o método Pilates apresentaram menor severidade de IUE.	Praticar o método Pilates durante a gestação reduz a severidade da IUE no período pós-parto. Recomenda-se incentivar as gestantes a praticarem o Método Pilates para prevenção da IUE.

Tabela 1: Continuação

Título	Referência	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
Efficacy of Kegel's Exercise vs Pilates in Subject with Urinary Incontinence during Pregnancy	Pavithralochani, Thangavignesh, Saranya. Ramanatha (2019). [A]	Comparar a eficácia de exercícios de Kegel versus método Pilates na redução da IU em gestantes.	Ensaio clínico com 30 gestantes na segunda gestação, divididas em dois grupos (Kegel e método Pilates). Exercícios realizados por 4 semanas, 20 minutos 2 vezes ao dia, 5 dias por semana. Avaliação via QUID e UDI-6 antes e após a intervenção.	Ambos os grupos apresentaram redução da frequência de escapes urinários. Método Pilates foi significativamente mais eficaz do que Kegel na redução dos sintomas ($p < 0,001$)	Ambos os exercícios melhoraram a IU na gestação, mas Método Pilates demonstrou maior eficácia na redução dos sintomas.
Feasibility of pilates for pregnant women: A randomised trial	Mazzarino, Kerr; Morris. (2022). [A]	Investigar a viabilidade (fatores como recrutamento, retenção, adesão e segurança) e efeitos preliminares da prática do Método Pilates durante a gestação em mulheres primíparas de baixo risco.	Ensaio clínico randomizado, com duas formas de intervenção: grupo do método Pilates supervisionado por seis semanas e grupo de cuidados habituais. Participaram 21 gestantes de baixo risco, distribuídas aleatoriamente, onde 11 ficaram no grupo experimento e 10 no grupo controle. Avaliações de viabilidade, qualidade de vida, dor, mobilidade e IU foram realizadas antes e após o programa.	Alta adesão e retenção, sem eventos adversos. Melhoras estatisticamente significativas na qualidade de vida no grupo que realizou o método Pilates. A diferença na duração do trabalho de parto foi menor no grupo do Método Pilates, mas sem significância estatística. Não houve diferenças significativas em dor, mobilidade, IU e desfechos de parto.	O Método Pilates parece ser uma prática segura, viável e potencialmente benéfica para gestantes de baixo risco; entretanto, estudos maiores são necessários para confirmar esses resultados.
The effect of pregnancy pilates-assisted childbirth preparation training on urinary incontinence and birth outcomes: a randomized-controlled study	Buran e Avcim (2024). [A]	Examinar o efeito do treinamento de preparação para o parto assistido pelo método pilates na gestação sobre a IU, incluindo IUE e IUU durante a gestação, bem como no período pós-parto e resultados do parto.	Estudo unicêntrico, cego, randomizado e controlado, 126 participantes com 28 a 30 semanas de gestação e nulíparas foram aleatoriamente designadas para receber o grupo ($n = 63$) ou o grupo controle ($n = 63$). O estudo foi realizado entre março e agosto de 2022.	O grupo experimental apresentou uma taxa de parto vaginal quase duas vezes maior do que a do grupo controle. A duração média do trabalho de parto no grupo experimental foi 5h43min menor do que a do grupo controle. Após a intervenção e no período pós-parto, a gravidade da IUE e da IUU no grupo experimental foi significativamente menor do que no grupo controle.	O treinamento com auxílio do Método Pilates reduziu a gravidade da IU, incluindo os sintomas de IUE e IUU durante a gravidez e no início do pós-parto. Treinamento de preparação para o parto contribui para a redução do ganho de peso durante a gestação, o aumento da taxa de parto vaginal e a redução da duração do trabalho de parto.

Tabela 1: Continuação

Título	Referência	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusão
The effects of pilates method in pregnant women: scoping review	Alagöz., Gercek,, Sonmez Unuvar,, Findik., & Ozgul, S. (2025). [D]	Examinar de forma abrangente os efeitos do método Pilates em gestantes, incluindo parâmetros como sono, dor, saúde mental, incontinência e desabilidade.	Revisão de escopo seguindo a metodologia Arksey e O'Malley e diretrizes PRISMA-ScR, incluindo 21 estudos publicados entre 2014 e 2024, com análise qualitativa dos resultados.	O Método pilates mostrou efeitos positivos significativos na redução da dor, melhora na saúde mental, incontinência e outros desfechos; a maioria dos estudos utilizou sessões de 2 vezes por semana durante 4 a 16 semanas, conduzidas por fisioterapeutas ou instrutores certificados.	O Método pilates é uma intervenção eficaz para gestantes, mas há necessidade de protocolos padronizados na assistência pré-natal. A Prática do método Pilates em gestantes reduz a severidade e a frequência da IU durante e pós-gestação. Estudos mostram melhora na força do assoalho pélvico e diminuição da incontinência.

Em vista disso, observa-se que os achados apontam de forma consistente o potencial do método Pilates como estratégia eficaz e segura para gestantes no tratamento da IU. Foi observado que mulheres que praticam o método durante a gestação apresentaram menor severidade da IUE no pós-parto¹. Em estudo mais recente realizado por Buran e Avcim (2024) [A], observou-se que o treinamento de preparação para o parto assistido pelo método Pilates reduziu a gravidade da IU e aumentou a taxa de partos vaginais. Dessa forma, os estudos apresentados no Quadro 1 evidenciam benefícios consistentes e confirmam as vantagens do método pilates em gestantes⁴.

O Método Pilates, além de influenciar diretamente a prevenção e o tratamento da IU em gestantes, também atua de forma benéfica em outros aspectos, como na redução do tempo de parto – um tema de grande relevância na atenção obstétrica contemporânea. Nesse contexto, a prática de exercícios do método Pilates durante a gestação tem ganhado destaque devido aos seus potenciais benefícios na preparação do corpo para o parto. Mulheres que participaram de um programa de treinamento regular apresentaram uma redução significativa na duração do parto em comparação àquelas que não praticaram esses exercícios. Especificamente, essas gestantes tiveram uma diminuição de aproximadamente cinco horas na duração do trabalho de parto, o que sugere que os exercícios de fortalecimento e alongamento proporcionados pelo método Pilates podem contribuir para uma melhor eficiência uterina e cooperação muscular durante a fase expulsiva. Além disso, a prática regular dessas atividades auxilia na coordenação da respiração, fortalecendo o diafragma e os músculos pélvicos – fatores que favorecem um parto mais tranquilo e menos prolongado⁴.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos estudos selecionados foi possível observar que o método Pilates se apresenta como uma estratégia promissora e segura na reabilitação e na prevenção da IU durante o período gestacional. Os achados convergem para a eficácia do método na melhora da força e do controle da musculatura do assoalho pélvico, refletindo diretamente na redução da frequência e da severidade dos episódios de perda urinária. Esse resultado está em consonância com o objetivo central desta pesquisa, que busca avaliar o método Pilates como recurso reabilitador e preventivo frente às disfunções urinárias decorrentes das adaptações fisiológicas da gestação¹⁻⁵.

A presente revisão integrativa apresenta como principal limitação a escassez de estudos científicos que abordem de forma conjunta a tríade método Pilates, gestação e IU. Devido a essa limitação na literatura, o número de artigos incluídos na análise foi reduzido, o que limita a amplitude das conclusões e a possibilidade de comparação entre diferentes contextos clínicos.

Apesar dessas limitações, o trabalho apresenta pontos positivos relevantes. A pesquisa contribui para a área da fisioterapia ao integrar e sintetizar evidências sobre o uso do método Pilates como estratégia de reabilitação da IU durante o período gestacional, tema ainda pouco explorado. A análise crítica dos estudos selecionados oferece subsídios para a prática clínica, além de servir como base para futuras investigações.

O estudo de Urer; Ozen; Terzioglu (2023) [B] destaca o método Pilates como uma estratégia eficaz na reabilitação e prevenção da IU durante o período gestacional. A pesquisa revelou que 39,4% das mulheres no grupo que praticou o método Pilates apresentaram sintomas de IU, em comparação com uma prevalência de 56,3% entre aquelas que não praticaram o exercício ($p < 0,05$). Além disso, as participantes que praticaram o método Pilates durante a gestação apresentaram uma redução significativa na severidade da IUE, demonstrada por uma diminuição nos escores médios de severidade do índice de incontinência. Os resultados indicam que a realização regular do método Pilates, iniciada no mínimo a partir do 12º semana de gravidez, promove melhorias na força do assoalho pélvico, contribuindo para a diminuição dos sintomas de incontinência no período pós-parto. O estudo reforça a importância de incorporar esse método na rotina das gestantes, evidenciando que a prática contínua do método Pilates pode atuar não apenas como uma intervenção de reabilitação, mas também como medida preventiva, fortalecendo a musculatura do assoalho pélvico e promovendo maior bem-estar

materno¹.

O estudo de Pavithralochani et al. (2019) [A] quando comparado a eficácia dos exercícios de Kegel e do Método Pilates em gestantes com IU, trouxe resultados que reforçam a relevância do método Pilates como estratégia de reabilitação. A pesquisa incluiu 30 gestantes, divididas entre os dois métodos de intervenção, e demonstrou que ambos foram eficazes na redução dos sintomas da IU durante a gestação. No entanto, o grupo que realizou o método Pilates apresentou uma melhora mais expressiva na força do assoalho pélvico e uma diminuição significativa na frequência e na gravidade dos episódios de perda urinária em comparação ao grupo que praticou apenas os exercícios de Kegel. Esses achados indicam que, embora os exercícios de Kegel continuem sendo uma prática consolidada na prevenção e tratamento da IU, o método Pilates pode oferecer benefícios adicionais, especialmente por atuar de forma global no fortalecimento muscular, no equilíbrio postural e no controle da respiração. Assim, a prática do método Pilates durante a gestação não só contribui diretamente para a melhora da função do assoalho pélvico, mas também promove ganhos físicos e funcionais mais amplos, favorecendo o bem-estar materno de forma integrada².

No estudo de Buran e Avcim (2024) [A], verificaram que o treinamento de preparação para o parto baseado no método Pilates demonstrou efeitos positivos na redução da gravidade da IU durante a gestação e no período pós-parto. A pesquisa, de natureza randomizada e controlada, envolveu 126 gestantes nulíparas entre 28 e 30 semanas, divididas em grupo experimental e grupo controle, com o objetivo de avaliar os efeitos do método Pilates na IU, no ganho de peso ao longo da gestação, na duração do trabalho de parto, na taxa de parto vaginal e em resultados neonatais. Os resultados indicaram que as participantes do grupo que praticou o método Pilates — realizando duas sessões por semana ao longo de oito semanas — apresentaram uma diminuição significativa na intensidade da IU ao longo da gestação e no pós-parto, incluindo os tipos de IU de esforço e de urgência. Além disso, o peso adquirido durante a gestação foi menor nesse grupo, o que pode estar relacionado a uma melhora no tônus muscular e na resistência da musculatura do assoalho pélvico — fatores fundamentais na prevenção e no tratamento da IU. A redução do ganho de peso gestacional também está correlacionada a um menor risco de complicações obstétricas, incluindo o prolongamento do trabalho de parto⁴.

Urer; Ozen; Terzioglu (2023) [B], avaliaram as participantes que praticaram o método Pilates durante a gestação apresentaram uma redução significativa na severidade da IUE, bem como a

diminuição dos sintomas de incontinência no período pós-parto¹. Os resultados foram semelhantes aos relatados por Pavithralochani et al. (2019) [A], que observaram melhora mais expressiva na força do assoalho pélvico das gestantes em comparação aos exercícios de Kegel². Outro aspecto relevante observado foi que os autores também analisaram a relação entre a prática do método pilates e o sistema musculoesquelético. Buran e Avcim (2024) [A] e Alagöz et al. (2025) [D] verificaram que o peso adquirido durante a gestação foi menor entre as praticantes do método, podendo estar relacionado a uma melhora no tônus muscular e na resistência da musculatura do assoalho pélvico, cabe destacar também a redução de dores musculoesqueléticas, melhora da postura e aumento da capacidade funcional³⁻⁴.

Mazzarino; Kerr; Morris (2022) [A] observaram que gestantes que praticaram o método Pilates apresentaram tendência à redução na duração do trabalho de parto em comparação ao grupo controle, embora sem diferença estatisticamente significativa⁵. Em um estudo mais recente, Buran e Avcim (2024) [A] encontraram redução significativa de cerca de 5 horas e 43 minutos na duração do parto e maior taxa de partos vaginais entre as mulheres que participaram de um programa do método Pilates durante a gestação⁴. Esses achados são reforçados pela revisão de escopo de Alagoz et al. (2025) [D], que destacou evidências de que o método Pilates pode diminuir o tempo de parto e reduzir intervenções obstétricas, além de melhorar o bem-estar físico e emocional das gestantes. Assim, o método mostra-se uma prática segura e potencialmente eficaz para otimizar o processo de parto em gestações de baixo risco³.

No estudo de Alagöz et al. (2025) [D] incluiu-se gestantes de diferentes idades, períodos gestacionais e níveis de prática de atividade física, compondo uma amostra heterogênea e abrangente quanto às condições em que o método Pilates foi aplicado. O achado principal do estudo aponta que o método Pilates tem potencial relevante na prevenção e no manejo da IU durante a gestação, favorecendo o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e promovendo maior controle esfinteriano. Entre os outros achados observados, a revisão destaca benefícios adicionais, como a redução de dores musculoesqueléticas, melhora da postura, aumento da capacidade funcional e contribuição para a saúde mental materna, com diminuição de ansiedade e estresse. Observou-se que, embora o método Pilates proporcione benefícios como melhora da postura, força e bem-estar geral durante a gestação, há escassez de ensaios clínicos controlados e divergência entre protocolos de intervenção, variando quanto à frequência, intensidade e duração dos exercícios. Essa

heterogeneidade metodológica e o número reduzido de participantes nos estudos analisados limitam a generalização dos resultados sobre a musculatura do assoalho pélvico e a IUI³.

Neste estudo realizado por Mazzarino; Kerr; Morris (2022) [A], avaliou-se a segurança e a adequação do método Pilates em 21 gestantes de baixo risco durante seis semanas. O foco principal foi a segurança e a adesão à prática, porém, também foram investigados possíveis efeitos na IU. Os resultados demonstraram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que praticou o método Pilates (11 gestantes) e o grupo controle de 10 gestantes) em relação à melhora da IU. A ausência de estatísticas significativas está possivelmente relacionada ao tamanho da amostra limitada e à duração da prática. No entanto, os autores destacam que o pequeno tamanho da amostra e a ausência de acompanhamento prolongado limitam a possibilidade de confirmar efeitos significativos sobre a função do assoalho pélvico ou sobre a redução de episódios de incontinência urinária⁵.

CONCLUSÃO

Diante da análise dos estudos revisados, conclui-se que o método Pilates demonstra ser uma estratégia eficaz, segura e promissora para a reabilitação e a prevenção da IU no período gestacional. As evidências indicam que sua prática regular fortalece a musculatura do assoalho pélvico e reduz a frequência e a severidade dos episódios de incontinência, tanto durante a gestação quanto no pós-parto. Evidências adicionais sugerem a ocorrência de um trabalho de parto com duração reduzida e uma maior taxa de partos vaginais, reforçando o papel do método como uma ferramenta de preparo integral para o parto.

Entretanto, a literatura ainda carece de ensaios clínicos controlados e apresenta heterogeneidade nos protocolos de intervenção, o que limita a generalização dos resultados. Portanto, recomenda-se a realização de novas pesquisas com amostras ampliadas e acompanhamento longitudinal, a fim de consolidar as evidências científicas sobre a aplicação do método Pilates na gestação e sua eficácia na reabilitação da IU. Assim, este trabalho reforça a relevância de integrar o método Pilates aos programas de fisioterapia pélvica e de preparo pré-natal, reconhecendo-o como um recurso terapêutico de grande potencial para a promoção da saúde materna e a melhoria da qualidade de vida das gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Urer E, Ozen N, Terzioglu F. Effect of Pilates performed during pregnancy on postpartum stress urinary incontinence in primipara women. *J Bodyw Mov Ther.* 2023;35:228–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2023.04.022>
2. Pavithralochani V, Thangavignesh R, Saranya P, Ramanathan K. Efficacy of Kegel's exercise vs Pilates in subject with urinary incontinence during pregnancy. *Res J Pharm Technol.* 2019;12(12):5943–5946. <https://doi.org/10.5958/0974-360X.2019.01031.X>
3. Alagöz AT, Gercek H, Sonmez Unuvar B, Findik FY, Ozgull S. The effects of Pilates method in pregnant women: scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25:485. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07622-z>
4. Buran G, Avci SE. The effect of pregnancy pilates-assisted childbirth preparation training on urinary incontinence and birth outcomes: a randomized-controlled study. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;310:2725–2735.
5. Mazzarino M, Kerr D, Morris ME. Feasibility of Pilates for pregnant women: a randomised trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2022;32:207–212. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2022.05.001>

RBFP

perineo.net/rbfp



DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(2)

