

UNIVERSIDADE DE UBERABA
CURSO DE FISIOTERAPIA

ALANNA CUNHA VIEIRA

EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA DISFUNÇÃO
SEXUAL EM PACIENTE COM ENDOMETRIOSE: um estudo de caso clínico

UBERABA – MG
2018

ALANNA CUNHA VIEIRA

EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA DISFUNÇÃO
SEXUAL EM PACIENTE COM ENDOMETRIOSE: um estudo de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.
Orientadora: Prof^ª. Sandra Cristina Romano Marquez
Reis

UBERABA-MG
2018

Alanna Cunha Vieira

EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NA DISFUNÇÃO
SEXUAL EM PACIENTE COM ENDOMETRIOSE: um estudo de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade de Uberaba, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.
Orientador: Profª. Sandra C. R. Marquez Reis

Uberaba, MG ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Membro da banca examinadora

Membro da banca examinadora

AGRADECIMENTO

Primeiramente quero agradecer a Deus, pois sem ele me dando saúde e força para continuar lutando eu não teria chegado até aqui.

Depois agradeço à Universidade de Uberaba e a todos os professores, assim como a todos os meus queridos colegas, que me acompanharam desde o início.

Agradeço à minha orientadora Sandra Cristina Romano Marquez Reis, pela paciência, dedicação, por nunca ter desistido de mim. E acima de tudo, pelo incentivo, pois muitas vezes foi o empurrão que precisava.

Um dos agradecimentos mais especiais é dedicado aos meus pais, que me puseram no mundo e desde então me acompanham, me apoiam e sempre acreditaram em mim. E a minha irmã por todo carinho.

Agradeço o meu namorado Jonathan, por todo apoio e dedicação a me ajudar sempre que preciso.

Por fim, mais não menos importante deixo uma palavra de gratidão a todas as pessoas de alguma forma tocaram meu coração e transmitiram força e confiança em mim.

DEDICATÓRIA

A professora Sandra, que foi minha orientadora, tendo toda paciência e me ajudando a concluir este trabalho e agradeço ainda aos meus demais professores que por anos me ensinaram a buscar a realização dos meus sonhos.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

A disfunção sexual afeta milhares de mulheres sendo, capaz de influenciar fatores orgânicos, emocionais, sociais e também na insatisfação do parceiro. O transtorno sexual doloroso promove um grande impacto negativo na qualidade de vida sexual sendo a dispareunia e o vaginismo umas das queixas mais frequentes de mulheres com endometriose. O vaginismo é um espasmo muscular involuntário consistente da musculatura da vagina podendo impedir a penetração. A dispareunia consiste de dor persistente ou recorrente ao coito. A endometriose é caracterizada por tecido funcional, similar ao endométrio presente dentro e fora da cavidade uterina, com sintomas de dismenorréia, dispareunia, dor pélvica crônica e irregularidades menstruais e inférteis. O tratamento baseia-se em medicamentos e cirurgias, mas para as consequências conta com a fisioterapia como coadjuvante. Este trabalho busca descrever estudo de caso através de análise de prontuário avaliando os efeitos promovidos pela fisioterapia, no tratamento do vaginismo e dispareunia relacionado a endometriose. Foi selecionado o prontuário de paciente diagnosticada com endometriose, dispareunia e vaginismo, que se encontra em tratamento fisioterapêutico na clínica da UNIUBE, realizando 157 sessões de fisioterapia. O tratamento proposto foi massagem perineal com digitopressão, alongamento de toda a musculatura pélvica e membros inferiores, uso de eletroestimulação e biofeedback além de exercícios de Kegel. Foi orientado tanto a paciente quanto ao parceiro a necessidade de trabalharem em conjunto. Paciente apresentou boa evolução do quadro, obtendo ótimo resultado assim teve alta. A fisioterapia apresenta avanços para a melhora geral do quadro de portadores de endometriose, porém é fundamental novos estudos para ampliar a base clínica e com isso conseguirmos melhores resultados.

Palavras chaves: Dispareunia. Vaginismo. Endometriose. Fisioterapia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
3 JUSTIFICATIVA	11
4 MATERIAL E MÉTODOS	12
4.1 APROVAÇÃO	12
4.2 AMOSTRA.....	12
4.3 METODOLOGIA.....	12
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	12
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	13
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	13
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	13
5 RELATO DE CASO CLÍNICO	14
5.1 AVALIAÇÃO INICIAL	14
5.2 REAVALIAÇÕES	15
5.3 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO.....	16
4 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	20
ANEXO	24
ANEXO 2.....	25

1 INTRODUÇÃO

Disfunção sexual de uma forma geral engloba toda forma de insatisfação no relacionamento sexual, desde a dificuldade de sentir prazer e até a de não satisfazer o seu parceiro (CARVALHEIRA; GOMES, 2011).

Nos últimos dez anos, a mulher tem procurado com mais frequência cuidados médicos, em busca de melhora da saúde, em especial os relacionados com função sexual (SMITH et al., 2007; MARTINEZ, 2008).

A disfunção sexual pode acarretar problemas na qualidade de vida das mulheres. Sendo capaz de influenciar a saúde física e mental afetadas por fatores orgânicos, emocionais e sociais, podendo ocasionar transtorno em qualquer fase da resposta sexual (desejo, orgasmo, excitação e resolução) incluindo a dor (FERREIRA; SOUZA; AMORIM, 2007; TARIQ; MORLEY, 2003).

A diminuição do desejo sexual surge nas mulheres como uma queixa mais comum, e é flutuante e contextual. Flutuante de acordo com a saúde física, emocional e relacional e também em respostas ao ciclo menstrual, gravidez, lactação e menopausa e ainda afetada por fadiga e pelas causas do cotidiano (GOMES; MENDES; ARAUJO, 1980).

O transtorno sexual doloroso (TSD) é uma condição predominante e acarreta grande impacto negativo na qualidade de vida sexual. Estão inclusos neste grupo a dispareunia (superficial e profunda), o vaginismo e o transtorno sexual doloroso não coital (BRAUER et al., 2014; BOARDMAN; STOCKDALE, 2009).

Dessa forma, as disfunções sexuais femininas são definidas como os distúrbios que ocorrem no desejo, na excitação, orgasmo e/ou vaginismo e dispareunia, que resultam em angústias pessoais e podem influenciar tanto nas relações interpessoais quanto na qualidade de vida da mulher (MUNARRIZ; GOLDSTEIN, 2003, p.691).

Dispareunia é a dor persistente ou recorrente junto com a penetração vaginal (coito), causando intensa perturbação pessoal ou dificuldades interpessoais (CARVALHEIRA; GOMES, 2011). “Este termo é utilizado para descrever a dor durante a penetração, mas pode ocorrer durante a estimulação sexual” (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010, p.271).

“O tratamento da dispareunia inclui técnicas de dessensibilização local do tecido, massagem, local, alongamento, biofeedback e estimulação elétrica” (ROSENBAUM, 2005, p.141).

O Vaginismo é um espasmo involuntário consistente e recorrente da musculatura do externo da vagina que pode impedir a penetração vaginal, provocando dor intensa (CARVALHEIRA; GOMES, 2011).

O tratamento oferecido para o vaginismo resulta-se na combinação de dessensibilização, relacionada ao uso de dilatadores; terapia sexual (individual ou de casal) que se baseia em educação, tarefas domiciliares e terapia cognitiva (DRENTH, et al., 1996; O'DONOHUE; DOPKE; SWINGEN, 1997).

Segundo Kaplan (1974) apud Carvaleira e Gomes, (2011; p.124) “Quando o espasmo está presente, o vaginismo pode ser considerado como uma resposta condicionada resultante da associação da dor ou medo ligado à penetração vaginal.”

“Os sintomas da endometriose são variáveis, podem não estar relacionados à extensão da doença, sendo as queixas mais frequentes de mulheres com dismenorrea, disporeunia de profundidade e dor pélvica” (NEZHAT; NEZHAT; NEZHAT, 2012 p.64).

Ainda pode se destacar que a endometriose é uma doença crônica que pode influenciar na qualidade de vida sexual (MARQUI; SILVA; IREI, 2015).

A endometriose é caracterizada por tecido funcional, similar ao endométrio, presente de fora da cavidade uterina, mais frequente no peritônio pélvico, nos ovários e septo reto vaginal (NACUL; SPRITZER, 2010).

Em geral, os sinais clínicos e sintomas da endometriose são dismenorrea (dor pélvica durante a menstruação), disporeunia (dor durante o ato sexual), dor pélvica crônica, irregularidades menstruais e infertilidade (ARYA; SHAW, 2005; WU et al., 2005).

“A fisioterapia é fundamental para que a paciente consiga controlar e isolar os grupos musculares no fortalecimento, para que consiga relaxar a musculatura e se sinta motivada a obter uma boa aprendizagem e executar os exercícios apropriados” (KEGEL, 1952, p.140).

Existem vários tipos de tratamento para endometriose dentre eles, medicamentosos, cirúrgicos e em especial os tratamentos para reduzir a dor através da elevação da liberação de endorfinas com exercícios direcionados a relaxamento da musculatura pélvica, trabalho de posturas analgésico, posturas adotadas com intuito de reduzir a dor, ajudarem a lidar com dor, desfazer o ciclo tensão dor tensão, prevenir incapacidades e restaurar as funções desejadas pela paciente (SILVA et al., 2017).

“A fisioterapia não tem poder de cura no tratamento de doenças da endometriose, no entanto, tem como objetivo minimizar os sinais e sintomas apresentados, melhorando sua qualidade de vida” (KISTNER, 1989, p.218).

2 OBJETIVOS

Verificar a eficácia e importância do tratamento fisioterapêutico em paciente com endometriose com queixa de vaginismo e dispareunia através da análise de prontuário

3 JUSTIFICATIVA

As disfunções sexuais femininas constituem um espectro diversificado de dificuldades que exige uma abordagem holística na avaliação e intervenção (CARVALHEIRA; GOMES, 2011).

Por ser um assunto ainda pouco tratado entre as mulheres e na literatura e diante das dificuldades psicossociais e físicas enfrentadas por essas mulheres, tornam-se importantes estudos que viabilizam esclarecer os benefícios da fisioterapia para as mesmas.

Desta forma, através deste estudo busca-se acrescentar à literatura, esclarecendo à população interessada, a possibilidade de reverter e ou amenizar o quadro das disfunções em questão.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 APROVAÇÃO

Este trabalho encontra-se em análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Uberaba, juntamente com o termo de consentimento (APÊNDICE 1) que será assinado pela paciente submetida ao tratamento fisioterapêutico para vaginismo e devidamente autorizada pelo responsável do curso de Fisioterapia da UNIUBE Professor André Jeronimo. (APÊNDICE 2).

4.2 AMOSTRA

A amostra constou de um prontuário de uma paciente que foi submetida a tratamento na clínica de Fisioterapia da UNIUBE onde foram realizadas 157 sessões, que tiveram início em 25/11/2015, quando a paciente chegou com encaminhamento e diagnóstico de vaginismo e dispareunia, consequente de endometriose.

4.3 METODOLOGIA

Foi realizada uma análise de prontuário da paciente com diagnóstico de endometriose e como consequência apresenta quadro de vaginismo e dispareunia, que foi submetida a tratamento na Clínica de Fisioterapia da Uniube, sendo atendida pelos alunos do Estágio Ambulatorial II (Estágio supervisionado de Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria).

A análise foi realizada a fim de identificar os efeitos e resultados das condutas utilizadas no tratamento do vaginismo e dispareunia.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluimos prontuário da paciente com vaginismo e dispareunia relacionado a endometriose que foi submetida a atendimento na clínica de Fisioterapia na Uniube.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não se aplica à pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

- Foram adotadas medidas que garantiram confidencialidade, privacidade, e não estigmatização dos indivíduos estudados, obtendo, sobretudo, resultados sem riscos para a mesma.
- A paciente ao participar da pesquisa teve o desconforto em fornecer informações pessoais sobre sua deficiência, seu problema de saúde.
- Os recursos realizados para o tratamento foram ofertados pelos alunos fisioterapeutas que realizaram o tratamento, e não pelos pesquisadores em questão, desta forma não houve risco a paciente ao aceitar participar da pesquisa.
- Os procedimentos de tratamento oferecidos foram realizados e ofertados na Clínica de Fisioterapia da Uniube a outras pacientes que apresentam a disfunção em questão sendo que em momento algum ocorreu qualquer queixa quanto a efeitos colaterais ou riscos a integridade destas pacientes.

4.7 ANÁLISES DE DADOS

Efetuamos uma análise retrospectiva dos dados contidos no prontuário, desde a avaliação, número de sessões e resultado obtido de acordo com os objetivos esperados sendo apresentado de forma descritiva. Desta forma pretende-se publicar o trabalho para divulgação e possibilidade de acesso a informação do público interessado.

5 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente X sexo feminino, 31 anos, casada, residente na cidade de Conceição das Alagoas-MG, natural de Guaíra-SP, chegou ao setor de fisioterapia do campus centro da Universidade de Uberaba no dia 25/11/2015, encaminhada com diagnóstico clínico de dor pélvica crônica e disfunção sexual e diagnóstico fisioterapêutico dor perineal, hipertonia e fraqueza muscular.

5.1 AVALIAÇÃO INICIAL

Na avaliação inicial foram colhidos seus dados pessoais, dados vitais e realizada a anamnese. Como queixa principal a paciente relata sentir dor na região abdominal e na penetração. A paciente relata que há 11 anos atrás sofreu um aborto, ao realizar a curetagem do útero, seu intestino foi perfurado precisando fazer outra cirurgia para reparo e tendo que fazer uso da bolsa de colostomia. E em 20/07/2014 precisou realizar uma cirurgia de endometriose, após estes acontecimentos a paciente relata que começou a sentir dor no abdômen.

A mesma chegou ao setor de fisioterapia relatando não conseguir ter relações sexuais, esporadicamente tentava, mas a dor era constante.

Faz uso do anticoncepcional oral Diane, além de outros medicamentos como: gabapentina 300 mg, amato 100mg, tubereste 50 mg e dipoprovira (1 ampola a cada 3 meses).

Paciente teve 1 gestação, 1 aborto. Já contraiu infecção urinária e ressaltou ter feito exames de Papanicolau, ultrassonografia intravaginal, sem nenhuma alteração.

Paciente com altura de 1,49cm e pesando 51Kg. Apresentou menarca aos 9 anos e a sexarca aos 18 anos.

Ao ser questionada sobre a relação sexual, relata nunca apresentar desejo, excitação e orgasmo, apresentando sempre dor e desconforto.

Na inspeção, a paciente apresentava coloração normal, sem presença de cicatriz, boa percepção, distância anu-vulvar preservada, sem estrias e sem presença de secreção. Sensibilidade mostrou-se alterada, apresentando hipersensibilidade ao toque. Hipertonia da

musculatura do introito vaginal provocando dor, por consequência a mesma não permitiu introdução digital para apalpar músculos internos do períneo.

Os objetivos fisioterapêuticos elaborados no dia da avaliação inicial foram: promover relaxamento da musculatura pélvica, dessensibilização ao toque, facilitar penetração vaginal e autoconhecimento corporal.

O tratamento proposto foi a realização de massagem perineal com digitopressão em toda a superfície do introito vaginal, alongamento de toda a musculatura pélvica e membros inferiores, uso de eletroestimulação, além de exercícios de Kegel.

5.2 REAVALIAÇÕES

Paciente realizou 157 sessões no período de 25/11/2015 a 07/12/2017. Porém, apresentou 26 faltas. Neste período foram realizadas 8 reavaliações.

A primeira reavaliação foi realizada no dia 29/03/2016 onde relatou não haver melhora e ainda sentir dor durante a relação sexual

Na segunda reavaliação, em 12/05/2016, a paciente relatou ter tido melhora do quadro algico e ter mantido relações sexuais casualmente, embora a dor apresentava menor, a pouca satisfação ainda persistem. A mesma relata que foi ao retorno médico e ele indicou o dispositivo intrauterino (DIU) para interromper a menstruação, pois a dor abdominal persistia e se intensificava durante a relação sexual. Paciente realizava acompanhamento com o neurologista e psicólogo além de fazer o uso dos medicamentos amitriptilina, gabapentina e tropestes.

No dia 07/06/2016, a paciente apresentou atestado de comparecimento médico onde informou a implantação do dispositivo contraceptivo Mirena e também reforçou que poderia continuar realizando fisioterapia, inclusive a eletroterapia.

Na terceira reavaliação, em 23/08/2016, a paciente manteve o quadro inalterado. Teve retorno médico onde foi realizado um ultrassom endovaginal, relatando que o dispositivo intrauterino (DIU) está em ótima posição, e que há presença de um mioma (nódulo miometrial) não podendo saber o tamanho devido ao dispositivo intrauterino.

No dia 08/10/2016, a paciente relatou ter tentado relação sexual, porém sentiu dor.

Na quarta reavaliação, em 24/11/2016, a paciente relatou sentir dor esporadicamente, classificando na Escala Visual Analógica (EVA) grau 5. Dizendo manter relação sexual +/- 2 vezes na semana sem sentir dor.

Na quinta reavaliação, em 14/03/2017, a paciente relatou não ter mais dor durante a penetração, somente dores abdominais. Disse manter relação sexual 2 vezes na semana sem sentir dor. Foi a primeira vez que a paciente deixou fazer o toque unidigital. Ao ser realizado o toque, inicialmente sentiu dor e também foram feitos exercícios de contrair, relaxar e resistência. Grau de força superficial 3 +++, grau de força profunda mais resistência 3++. Relatou ter grau 8 de satisfação sexual.

No dia 02/05/2017, a paciente relatou que sentiu um pouco de dor ao urinar.

Na sexta reavaliação, em 17/08/2017, a paciente manteve o mesmo quadro apresentado anteriormente. A mesma disse não haver perda de urina e relata ter satisfação sexual grau 8. Na palpação sente dor na musculatura profunda.

No dia 24/10/2017, a paciente sentiu dor ao colocar o manômetro de pressão e não conseguiu realizar os comandos solicitados.

Na sétima reavaliação, em 26/10/2017, a paciente não apresentou nenhuma mudança aparente, porém, disse que sentiu dor em forma de formigamento, ela procurou um médico para fazer uma ultrassonografia total do abdômen e nada foi identificado. A paciente consegue controlar o esfíncter até chegar ao banheiro. Apresentou na inspeção, coloração normal, boa nutrição e distância anu-vulvar normal. Na palpação as musculaturas externas e internas se encontram normotônicas. Grau de força da musculatura profunda 4 e superficial grau 3.

Na oitava reavaliação em, 05/12/2017, a paciente se encontrava em bom estado geral, na Escala Visual Analógica (EVA) grau 1 de dor. Relatou não sentir dor no momento da penetração. A mesma não conseguiu manter contração adequada no aparelho Myofeedback. Na inspeção, a coloração está nutrida e a distância anu-vulvar normal. Na palpação, as musculaturas internas e externas encontram-se normotônicas. Força muscular grau 4 para musculatura profunda e superficial.

5.3 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

O tratamento teve início no dia 25/11/2015. Inicialmente foi realizada a dessensibilização ao toque, pressão em toda região vaginal, também exercícios de contração

perineal seguida de relaxamento. Foram praticados alongamentos e fortalecimento de adutores da coxa, alongamentos de isquiotibiais, quadríceps e piriforme.

Na quarta sessão foi acrescentado o aparelho Quark programa 10, para analgesia durante 20/30 minutos.

Somente na sessão 94°, foi acrescentado o uso de manômetro de pressão com contração de 4 segundos e relaxamento de 8 segundos, além de resistência manual de períneo profunda e superficial, unidigital (introdução de 1 dedo) e bidigital (introdução de 2 dedos).

Posteriormente foram aplicados exercícios de Kegel e realização de exercícios de ponte, subir e descer escadas, sentar e levantar, agachamentos, exercícios de anteversão e retroversão em bola suíça.

No decorrer das sessões foi utilizado o aparelho Neurodyn, durante 20 minutos, com os parâmetros: frequência 100 Hz, largura de pulso 200 us, rise 1 segundo, ON 10 segundos, decay 1 segundo, OFF 5 segundos.

Ao transcorrer do tratamento foram aumentados os parâmetros dos aparelhos de eletroestimulação de acordo com a resistência da paciente, enfatizando a analgesia e fortalecimento de períneo. Os exercícios de Kegel foram mantidos durante todas as sessões.

4 DISCUSÃO E CONCLUSÃO

As alterações por consequência da endometriose, são consideradas de grande importância. Diversos estudos mostram que o tempo entre o início dos sintomas algícos e o diagnóstico e tratamento da doença é muito longo, este longo período de dor, sem diagnóstico, leva a alterações musculoesqueléticas relevantes denominadas de “postura típica na dor pélvica”. A identificação das mulheres com esta alteração e o correto tratamento por meio de técnicas fisioterapêuticas é de fundamental importância para o sucesso do manejo da dor. Outras alterações, principalmente as de assoalho pélvico, também são encontradas (ÁVILA; ABRÃO; CARNEIRO, 2010).

O tratamento da endometriose necessita de uma abordagem holística e multidisciplinar.

As psicopatologias neuropsiquiátricas como: depressão e ansiedade, são consideradas as situações clínicas mais frequentes em mulheres com endometriose (DOGEN et al., 2016). Por esses motivos, a paciente foi encaminhada para um tratamento com o psicólogo e neurologista para tratar seu emocional, sendo acompanhada durante todo seu tratamento.

A literatura apresenta alguns fatores de risco que parecem estar associados ao surgimento deste tipo de psicopatologia em portadoras de endometriose, tais como: a dor crônica, a dificuldade de diagnóstico, a idade, a localização e os sintomas da doença física, bem como a percepção de suporte social deficitário, a percepção de má qualidade de vida entre outros (NASCIMENTO, 2017).

Todas as portadoras de Endometriose têm o direito de ter uma vida sexual sem dor. Esta patologia pode fazer com que a relação sexual seja extremamente dolorosa. Contudo, para amenizar essa dor, é importante que os músculos internos do pavimento pélvico estejam normalizados, e não contraídos, e que nada na pelve possa enviar mensagens de dor durante a relação sexual (SARRIE, 2015).

Os fisioterapeutas especializados em saúde pélvica ou na saúde da mulher, trabalham com a pelve, coluna e abdômen. Estes profissionais avaliam o alinhamento, a musculatura, os sistemas faciais e os padrões de movimento da pelve e do corpo, procurando solucionar problemas relacionados a dor intensa e com a consequente diminuição da qualidade de vida. Depois dessa avaliação, é desenvolvido um programa de tratamentos personalizado e adaptado às necessidades específicas de cada paciente (SARRIE, 2015).

De acordo com Serra (2009), a dessensibilização é feita de forma progressiva, para não expor a mulher a situações que causem ansiedade. Por essa razão foi realizada com a paciente a dessensibilização tátil da superfície na musculatura adutora, de coxa e púbis, para favorecer a consciência corporal.

Segundo Pasqualotto et al. (2005) existe uma melhora notável da paciente, o que demonstra a importância das técnicas de alongamento, dessensibilização e massagem perineal no tratamento.

Utilizou-se alongamentos das musculaturas acessórias. O relaxamento pode ser realizado através de alongamentos, faz-se necessário em casos de hipertonia, como no vaginismo (FERREIRA, 2011). Sendo realizada a orientação de realizar em casa, os alongamentos, nos demais dias e horários fora do atendimento.

Para melhor percepção da musculatura pélvica, foram realizados exercícios de contração vaginal (Kegel). Os exercícios de Kegel consistem em contração e relaxamento voluntários dessa musculatura, e são utilizados no ganho de controle sobre esses músculos (BEREK; ADASH; HILLARD, 1998). Para Seleme (2002), além de promover o relaxamento, um dos objetivos da técnica é propiciar a conscientização da musculatura perineal, através de comando verbal, assim a mulher obtém um maior conhecimento corporal.

Após obtenção de relaxamento necessário, foi iniciado o uso da eletroestimulação. Baracho (2012) relata que a eletroestimulação no vaginismo e na dispareunia, promove analgesia e relaxamento da musculatura.

Além dos recursos já citados, utilizamos o aparelho BIOFEEDBACK (Manômetro de pressão), com objetivo de auxiliar a paciente no desenvolvimento de maior percepção e controle voluntário de sua musculatura pélvica.

Kegel foi o primeiro a utilizar este método, através de um perineômetro (manômetro) no canal vaginal demonstrando a pressão em mmHg como sendo uma medida de força muscular do assoalho pélvico (BO, 2005).

Diante das reavaliações da paciente, foi certificado que as condutas utilizadas apresentaram benefícios nas condições relatadas inicialmente, demonstrando assim, a importância da fisioterapia e dos recursos apropriados para recuperação e manutenção do funcionamento da musculatura pélvica.

A paciente em questão apresentou grande evolução do seu quadro, assim recebendo alta. A fisioterapia pélvica está tornando-se cada vez mais popular entre as portadoras de endometriose. Os fisioterapeutas com formação específica no âmbito da saúde pélvica desempenham um papel fundamental no tratamento desta patologia.

REFERÊNCIAS

- ANTONIOLI, R.S.; SIMÕES, D. **Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas**. 2010. Disponível em:
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/374_revisao.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- ARYA, P.; SHAW, R. Endometriosis: Current thinking. **Current Obstetrics & Gynaecology**, v. 15, p. 191–198, 2005.
- ÁVILA, I.; ABRÃO, S.M.; CARNEIRO, M.M. **Manual de Orientação Endometriose**. 2010. Disponível em:
<<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2018
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BEREK, J.S., ADASH, E.Y., HILLARD, P.A. **Tratado de ginecologia**. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- BOARDMAN, L.A.; STOCKDALE, C.K. Sexual pain. **Clin Obstet Gynecol**. v. 11, n. 12, p. 3051-3063, 2009.
- BO, K. Evaluation of female pelvic floor muscle function and strength. **Physical therapy**. n.85, p.269-282, 2005.
- BRAUER, M., LAKEMAM, M.; VAN LUNSEN R.; LANN, E. Predictors of taskpersistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. **J Sex Med**. v. 11, n. 12, p. 3052-3063, 2014.
- CARVALHEIRA, A.A.; GOMES, F.A. **Disfunção Sexual na Mulher**. 2011. Disponível em:
<http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/718/1/A_disfunção_sexual_na_mulher.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2017.
- DOGEN, E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. **Biol Psychiatry**. v. 55, p. 692-700, 2016.

DRENTH, J.J.; ANDRIESSEN, S.; HERINGA, M.P.; VAN DE WIEL, H.B.; WEIJMAR-SCHULTZ, W.C. Connections between primary vaginismus and procreation:some observations from clinical practice. **J Psychosom Obstet Gynecol.** v. 17, p. 195-201, 1996.

FERREIRA, C.H.J. **Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e pratica.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A.I.; AMORIM, M.M.R. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 7, p. 143-150, 2007.

GOMES, F.A.; MENDES, M.F.; ARAÚJO, M.I. Dispareunias: Considerações clínicas. **Gin Med Rep.** v. 5, n. 3, p. 171-176, 1980.

KEGEL, A. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. **West J Surg Obstet Gynecol.** v. 60, n.10, p. 521-524, 1952.

KISTNER, R.W. **Ginecologia:** princípios e prática. 4. ed. São Paulo: Manole, 1989.

MARQUI, A.B.T; SILVA, M.P.C; IREI, G.R.F. **Disfunção sexual em endometriose: uma revisão sistemática.** 2015. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n5/REV1-Disfuncao-sexual-em-endometriose.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

MARTINEZ, L. More education in the diagnosis and management of 5. sexual dysfunction is needed. **Fertil Steril.** v.4, cap.89, p.1035, 2008.

MUNARRIZ, R.; GOLDSTEIN, I.; et al. Biology of female sexual function. **Urol Clin North Am.** v. 29, p. 685-693, 2003.

NÁCUL, A.P.; SPRITZER, P.M. Aspectos **atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose.** 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

NASCIMENTO, C.S.L. **Psicopatologia e Qualidade de Vida na Endometriose.** 2017.

Disponível em:

<<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/4460/1/Psicopatologia%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20na%20Endometriose%20-%20Carla%20Nascimento.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

NEZHAT, C.; NEZHAT, F.; NEZHAT, C. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments. **Fertil Steril**. v. 98, n. 6, p. 61-62, 2012.

O'DONOHUE, W.; DOPKE, C.A.; SWINGEN, D.N. Psychotherapy for female sexual dysfunction: a review. **Clin Psychol Rev**. v. 17, p. 537-566, 1997.

PASQUALOTTO, E.B.; PASQUALOTTO F. F.; SOBREIRO B.P.; LUCON A.M. Female Sexual Dysfunction: The importantes poinst to temember. **CLINICS**. n. 60, v. 1, p. 51-60, 2005.

ROSENBAUM, T.Y. Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. **J Sex Marital Ther**. v. 31, n. 4, p.329-349, 2005.

SARRIE, M.O. Classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose. **Rev Bras Ginecol Obstet**. n. 7, v. 2, p. 87-93, 2015.

SELEME, M. **Diálogo Profissional sobre uroginecologia**. Fisio & Terapia, 2002.

SERRA, M. **Qualidade de vida e disfunção sexual**: vaginismo. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, A.G et al. **Tratamento Fisioterapêutico na Endometriose**. 2017. Disponível em: <[http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2017/1. Ciências Biológicas e Ciências da Saúde/23 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA ENDOMETRIOSE.pdf](http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2017/1.Ci%C3%AAncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%AAncias%20da%20Sa%C3%ADde/23%20TRATAMENTO%20FISIOTERAP%C3%89UTICO%20NA%20ENDOMETRIOSE.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2017.

SMITH, J.; MULHALL, P.; DVECI, S.; MONAGHAN, N.; REID, M.C. Sex after 4. seventy: a pilot study of sexual function in older persons. **J Sex Med**. v. 4, n. 5, p.1247-1253, 2007.

TARIQ, S.H; MORLEY, J.E. Maintaining sexual function in older women: physical impediments and psychosocial issues. **Women's Health in Primary Care**. v. 6, p.157-162, 2003.

WU, M.H. et al. Suppression of matrix metalloproteinase-9 by prostaglandin E in peritoneal macrophage is associated with severity of endometriosis. **The American Journal of Pathology**, v. 167, n. 4, p. 1061-9, 2005.