

VAGINISMO: as implicações que influenciam a qualidade de vida sexual da mulher a partir desta disfunção.

Isabela De Oliveira Gomes Pacheco¹
Nicoli Bellotti de Souza²

RESUMO

O vaginismo apresenta-se como uma disfunção sexual feminina, caracterizada pela contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico, causada pela tentativa de penetração ou durante exame ginecológico. É ainda considerado um tabu, visto que muitas omitem esta realidade nos consultórios ou por vergonha, ou por acharem que faz parte de seu funcionamento sexual. Somado a isto, poucos profissionais estão capacitados para avaliar e tratar os casos levando em conta que não somente os critérios biológicos, orgânicos e fisiológicos estão relacionados a esta disfunção, mas que, fatores psicológicos e sociais tem papel fundamental na etiologia e manutenção do vaginismo. Em virtude disto, este trabalho, realizado por meio de revisão bibliográfica, tem como finalidade esclarecer essa disfunção sexual, seu tratamento e suas implicações em nível psicológico e qualidade sexual da mulher

Palavras-chave: Vaginismo. Sexualidade feminina. Implicações.

ABSTRACT

Vaginismus is presented as a female sexual dysfunction, characterized by involuntary contraction of the pelvic floor muscles, such contraction is caused when an attempt is made to penetrate or during a gynecological examination. Like all sexual dysfunction, vaginismus is still considered a taboo to be faced by women, taking into account that many still omit this reality in their offices either out of shame, or because they think it is part of

¹ Acadêmica do curso de Psicologia – UniAtenas

² Docente e Orientadora científica – UniAtenas

their sexual functioning. In addition, few professionals are trained to evaluate and treat cases taking into account that not only the biological, organic and physiological criteria are related to this dysfunction, but that psychological and social factors play a fundamental role in the etiology of vaginismus. Because of this, this work aims to discuss about the general aspects that are associated with the condition of vaginismus, point out the concept and criteria validated in the literature and that are used to diagnose this dysfunction, as well as through a bibliographic review to present possible causes of the development of vaginismus, the implications of this in psychological level and sexual quality of the woman and finally the treatments that are proposed to contain such dysfunction.

Keywords: *Vaginismus. Female sexuality. Implications.*

INTRODUÇÃO

O vaginismo é classificado como uma disfunção sexual, que se caracteriza como “um espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, recorrente ou persistente, que interfere no ato sexual.” A disfunção sexual, por sua vez, caracteriza-se como qualquer desordem ou alteração em algumas das fases do ciclo de resposta sexual (JUNIOR; SOUZA; LEITE, 2014).

O vaginismo está associado a uma soma de fatores, que envolvem condições sociais, psicológicas, psiquiátricas, ginecológicas e sexológicas. Relaciona-se principalmente, a traumas sexuais e educação sexual rígida. No entanto, cada situação deve ser avaliada, pois nem sempre é possível fazer estas associações. Considera-se que o vaginismo seja decorrente de traumas sexuais, principalmente os infantis. Porém é importante destacar aqui que, existem outras variáveis que podem culminar no vaginismo, que incluem até mesmo uma negação por parte da mulher de sua homossexualidade (MOREIRA, 2013).

Sabe-se que a disfunção sexual tem alta prevalência entre mulheres, entretanto os médicos dificilmente avaliam a vida sexual de suas pacientes, talvez por sentirem-se incomodados em abordar a sexualidade de forma mais detalhada durante as consultas, ou porque desconhecem as técnicas para a investigação

dos sintomas (LARA *et al.*, 2008). Segundo a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID10, as disfunções sexuais se enquadram nas síndromes comportamentais relacionadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos.

A dificuldade em se obter um diagnóstico preciso prolonga o sofrimento da mulher, que como já citado anteriormente, pode tanto ser em nível emocional/psicológico quanto social, resultando em prejuízos significativos, em virtude do retardo em iniciar o tratamento adequado. Esta revisão objetiva estabelecer uma relação dos fatores que possam estar associados a essa disfunção, a qualidade sexual da mulher afetada e seus prejuízos e, finalmente os tratamentos disponíveis e indicados atualmente.

Este é um tema pouco debatido, inclusive por parte de profissionais da saúde que teoricamente, estariam mais “bem preparados” para trabalharem com estas demandas (MOREIRA, 2013).

METODOLOGIA

A metodologia empregada para realizar este trabalho foi a exploratória, utilizando-se de bibliografias já existentes acerca do tema. Esta metodologia consiste em familiarizar o problema proposto seja por meio de levantamento bibliográfico ou através de entrevistas. O levantamento bibliográfico nada mais é que o desenvolvimento de uma pesquisa fundamentado em material já existente, como livros e especialmente artigos científicos (GIL, 2008).

O modelo eleito foi o levantamento bibliográfico que baseará sua pesquisa nos artigos científicos coletados das seguintes bases de dados: Google acadêmico, Scielo, PePsic utilizando as seguintes palavras-chaves: mulher com vaginismo, Qualidade sexual, disfunção sexual, psicologia, sexualidade.

CONCEITUAÇÃO DO VAGINISMO

As disfunções sexuais podem ser caracterizadas como distúrbios associados a problemas mentais e/ou físicos que vão dificultar ou mesmo impedir a satisfação e o desempenho sexual. O Manual Diagnóstico e Estatístico para

Transtornos Mentais em sua última atualização (DSM-5) descreve as disfunções como sendo um grupo heterogêneo de transtornos que, de uma maneira geral, provocam uma perturbação clinicamente significativa e que prejudica e/ou afeta a capacidade de uma pessoa em responder sexualmente ou experimentar o prazer sexual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O vaginismo se caracteriza como uma disfunção sexual que provoca espasmos involuntários na musculatura do terço interno da vagina. Tal contração pode ser observada quando há a tentativa de penetração, seja pelo pênis, dedo ou qualquer outro objeto (JUNIOR, SOUZA E LEITE; 2014). Os espasmos são ocasionados nos músculos perineais e elevadores do ânus, podendo variar sua intensidade de moderada, tolerando algum tipo de penetração, a grave, quando é totalmente impossibilitada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2000).

O DSM-5 passou a utilizar a expressão Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração em substituição ao termo vaginismo e atribui a ele as seguintes características:

- a) dificuldades para se ter relações sexuais;
- b) dor gênitopélvica;
- c) medo de dor ou penetração vaginal;
- d) tensão dos músculos do assoalho pélvico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Para que haja uma melhor compreensão acerca da definição do vaginismo e há quanto tempo ele é descrito pela medicina, é essencial buscar na história das disfunções sexuais a primeira vez em que o termo foi utilizado, bem como as suas imprecisões ao longo dos anos e com isto, possibilitar uma análise acerca da evolução dos achados que caracterizam tal disfunção (MOREIRA, 2013).

As primeiras citações foram feitas pela literatura médica italiana no período do século XI. Já por volta do século XVII, um médico inglês apresentou o seguinte conceito: “contração espasmódica do esfíncter vaginal” e que consistia em “incômodos” ocasionados na região do canal vaginal (vulva e vagina). A esta condição denominou vaginismo (BINIK; BERGERON; KHALIFÉ, 2007).

Tendo sido considerado pai da sexologia científica, Alfred Kinsey, embora tenha diagnosticado o vaginismo nas pacientes pesquisadas, não contribuiu significativamente com o avanço das pesquisas nessa área uma vez que o foco dos seus estudos foi designado para outras disfunções (KINSEY et al, 1953). Sims, um médico estadunidense, conhecido como o “pai da ginecologia moderna” cunhou o termo vaginismo pela primeira vez em 1862 e o descreveu como um “fechamento espasmódico involuntário da boca da vagina seguido de uma sensibilidade excessiva a ponto de criar uma barreira completa ao coito” (Sims, 1861).

Na década de 70, os autores Masters e Johnson, pioneiros nas pesquisas sobre a natureza da resposta sexual humana e do diagnóstico e tratamento das disfunções e distúrbios sexuais, consolidaram por meio de seus estudos uma definição e um modelo de tratamento para o vaginismo que permanecem até hoje, ainda que considerados polêmicos e contestados pela medicina pautada em evidências (MASTERS; JOHNSON, 1979).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define o vaginismo como um “distúrbio da dor” ou uma “disfunção sexual composta por espasmos dos músculos do assoalho pélvico que circundam a vagina, provocando a oclusão da abertura vaginal com a entrada do pênis (CID-10, 2004). Até o momento, o espasmo muscular involuntário se fixa como o elemento central da definição de vaginismo, como sugerida pelo Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-5).

Entretanto, o termo espasmo em si é considerado controverso, pois não existe acordo se tal espasmo se refere a uma câimbra muscular involuntária, um mecanismo de defesa ou uma hipertonia muscular do assoalho pélvico. Para além da falta de concordância com relação ao termo espasmo muscular e quais músculos de fato estão envolvidos no quadro de vaginismo, salienta-se que não existe um protocolo de diagnóstico empiricamente padronizado para essa condição. Apesar de os autores Masters e Johnson terem afirmado que era necessário realizar um exame pélvico para diagnosticar o vaginismo, muitos pesquisadores e clínicos baseavam-se apenas no autorrelato de mulheres com dificuldades com a penetração (BINIK, 2010; AMERICAN PSYQUIATRY ASSOCIATION- APA, 2000).

A atual definição do vaginismo parece problemática, levando em conta que o critério de espasmo do músculo vaginal nunca foi reconhecido empiricamente e a dor vulvar e o medo da dor ou penetração parecem caracterizar uma parte considerável (se não a maioria) de mulheres atualmente diagnosticadas com vaginismo. Além disso, não existe uma maneira confiável que diferencie o vaginismo da dispareunia (um outro tipo de disfunção sexual em que as mulheres também experimentam dor intensa durante a penetração vaginal) (AMSEL et al, 2010).

Binik (2010) propôs uma conceituação que articula vaginismo e dispareunia em um único distúrbio de dor/penetração gênito-pélvica definido por dificuldades persistentes e /ou recorrentes por 6 meses ou mais tendo em sua manifestação apresentado pelo menos um dos seguintes sintomas:

- a) Incapacidade de ter penetração vaginal ou relações sexuais em 50% das tentativas;
- b) Dor gênito-pélvica intensa durante a penetração em pelo menos 50% das vezes;
- c) Medo excessivo de relações / penetração vaginal ou da dor no momento da relação / penetração em 50% das tentativas;
- d) Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração em pelo menos 50% das vezes.

O que é descrito como espasmo persistente ocorre independentemente do grau de excitação sexual da mulher, pois acontece no momento em que ela antecipa que a penetração ocorrerá, a qual é proveniente do medo excessivo da dor (ARIMATEA; NARDI; PERFETTI, 2014). Por se tratar de um espasmo que está condicionado pela fobia à penetração associada cognitivamente à dor, qualquer tentativa de penetração do canal vaginal será dolorosa, o que reforça a condição de disfunção sexual (BASSON; BROTTTO; LEIBLUM, 2004).

Mulheres acometidas pelo vaginismo compartilham diversas características com indivíduos que sofrem de uma 'fobia específica'. Fobias específicas são classificadas como 'medo acentuado e persistente que é excessivo ou irracional, acompanhado pela presença ou antecipação de um objeto ou de uma situação específica'. Os indivíduos com algum tipo de fobia nesse

sentido experimentam sentimentos de ansiedade, medo ou pânico ao se depararem com o objeto ou situação temida, conseqüentemente tendem a evitar fortemente o estímulo fóbico (DSM-5).

Diante disto, a maioria dos autores relata que, do ponto de vista psicológico, o vaginismo é desenvolvido por um processo de aprendizado fóbico associado ao medo da penetração, e como num ciclo, é mantido pela ansiedade experienciada pelas mulheres em face de sua aproximação (MASTERS et al; 1995).

O vaginismo é ainda dividido em subtipos e de acordo com a sua gravidade, como determina o DSM-5:

- a) ao longo da vida: quando o distúrbio esteve presente desde o início de vida sexual ativa da mulher;
- b) adquirido: o distúrbio iniciou-se após um período de atividade sexual relativamente normal.

Quanto à gravidade:

- a) leve: evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas. Ex: quando a penetração pode ocorrer, mas com certa dificuldade e frequentemente com dor;
- b) moderada: evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas. Ex: o nível de contração muscular é menor, permitindo parcialmente a penetração em alguns momentos;
- c) grave: evidência de sofrimento grave em relação aos sintomas. Ex: quando a intensidade da contração é bastante acentuada e impede por completo a entrada no introito vaginal.

Entretanto, é possível encontrar casos de mulheres em que o vaginismo ocorre intermitentemente, ou seja, em determinadas situações apenas ou em certas posições sexuais (ARIMATEA; NARDI; PERFETTI, 2014).

QUALIDADE SEXUAL DA MULHER COM VAGINISMO E AS IMPLICAÇÕES EM NÍVEL PSICOLÓGICO

Mulheres com vaginismo tendem a ter uma visão negativa acerca da sexualidade, em se tratando principalmente de relações sexuais antes do casamento (REISSING, ELKE; 2004). Destaca-se também como frequente uma educação sexual e religiosa repressora e culpogênica, associando a ideia de relação sexual ao pecado, com crenças rígidas relacionadas ao que é certo e errado na vida em geral, e no que tange a questões sexuais, em particular (GOLDSTEIN; PUKALL; GOLDSTEIN, 2011; ASTOLFI, 2007).

Sabendo disto, ao estudar a sexualidade humana e especialmente as disfunções sexuais como o vaginismo, é fundamental que não se concentre somente no estudo da própria resposta sexual. É indispensável incorporar as características subjetivas da mulher que vivencia e experimenta essa sintomatologia e sexualidade (ARIMATEA, NARDI, PERFETTI; 2014).

O vaginismo desencadeia uma série de implicações à vida da mulher, não apenas no que diz respeito às questões sexuais, mas nas relações pessoais também, visto que tal disfunção é pouco conhecida pelo senso comum. Falar de vaginismo pode muitas vezes causar um constrangimento e não aceitação por parte daquelas pessoas que desconhecem a existência dessa disfunção. Boa parte das mulheres acometidas pelo vaginismo demora um tempo considerável pra procurar ajuda tanto afetiva, quanto de um profissional da saúde, isso ocorre devido a escassez de informações sobre essa dificuldade sexual, em muitos casos o diagnóstico é prejudicado pela falta de manejo dos próprios médicos em lidar com essa disfunção (SERRA, 2009).

Segundo ressaltou a OMS (2002), “a saúde sexual é a experiência de contínuo bem-estar físico, psíquico e sócio-cultural relacionado a sexualidade”. Ao fazer esse enfoque à qualidade de vida, torna se evidente a importância da sexualidade.

Conforme o relatório “Definindo a saúde sexual”, disponibilizado pela OMS num encontro sobre saúde sexual em Genebra, a sexualidade é um aspecto central do ser humano e está presente durante toda sua vida. Esta é vivenciada e expressada por meio dos pensamentos, desejos, opiniões, atitudes, dos valores e comportamentos, nos papéis e nos relacionamentos, igualmente, a sexualidade acaba por ser influenciada pela relação de diversos fatores, que podemos considerar como fundamentais para a construção humana/subjetiva a citar: Os

aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, histórico-culturais, políticos, éticos, religiosos e espirituais.

Ainda tratando da definição de saúde sexual segundo a OMS (2002), o sexo é tido como um dos pilares de sustentação da qualidade de vida do ser humano, e a saúde sexual do sujeito está relacionada a possibilidade de obter experiências sexuais prazerosas e seguras, e que seja livre de discriminação, coerção e violência.

Para Basson (2004), a expressão da sexualidade feminina é caracterizada inicialmente, pela sedução e entrega sendo que, o desejo sexual é ponto principal da resposta sexual.

A expressão física da resposta sexual humana segundo Conceição (2007), dependerá da integridade dos órgãos sexuais, ou seja, da vascularização e das conexões desses órgãos com os sistemas nervoso central e periférico, entretanto, as circunstâncias emocionais e culturais estão estritamente envolvidas nesse processo. Em virtude disto, quanto mais precoce o comprometimento do ciclo de resposta sexual, maior prejuízo acarretará, uma vez que a “disfunção sexual implica alguma alteração no ciclo de resposta” tornando o quadro clínico, prognóstico e tratamento da mulher mais complexos, limitando portanto, a sua qualidade de vida.

Mulheres que desenvolvem vaginismo apresentam diversos efeitos negativos, problemas com a autoidentidade e dificuldade reprodutiva são exemplos disso, e que podem levar a efeitos ainda mais profundos. Em sua grande maioria, essas mulheres se descrevem principalmente de maneira negativa, tal percepção que explicita uma rejeição de si mesma afeta os níveis de autoestima, confiança e ansiedade, podendo levar a estados depressivos e distúrbios psiquiátricos, que têm sido relacionados ao vaginismo como a causa e o resultado. A ansiedade geral e específica à penetração, estão associadas ao vaginismo, ou seja, as mulheres tendem a apresentarem um comportamento ansiogênico frente a possibilidade de penetração (DERMICI; KABUKCUOGLU, 2014).

Embora o vaginismo seja considerado uma síndrome psicossomática, não impede a manifestação das fases do ciclo de resposta sexual, ou seja, algumas mulheres vagínicas ainda conseguem apresentar desejo, excitação e

orgasmo com outras formas de relação que não seja com a penetração. Estas mulheres continuam tendo lubrificação e são orgásticas mesmo sem realizar o coito (ANTONIOLI; SIMOES, 2010).

Tozo et al. (2007) demonstraram uma taxa elevada de prevalência das disfunções sexuais: cerca de 20% a 40% em mulheres com idades entre 18 e 59 anos. Entretanto eles afirmam que são pouquíssimos os casos em que são detectados tais problemáticas e que isto, conseqüentemente implica no tratamento bem como o bem estar sexual da mulher. Sobre a postura dos profissionais da saúde os autores colocam:

Quando o manejo desta problemática não é adequado pode acarretar uma série de reveses vivenciados pelas mulheres como raiva, desamparo, angústias, medo, diminuição da autoestima, comprometendo o exercício da sua sexualidade e conseqüentemente o relacionamento do casal. De forma geral os profissionais da área da saúde não se encontram adequadamente preparados na abordagem de queixas sexuais. A razão pode estar relacionada ao pouco conhecimento e atitudes preconceituosas frente ao assunto. Observa-se também a falta de disciplinas na grade curricular dos cursos de graduação que abordem a sexualidade humana de forma desvinculada da função da reprodução, não ocorrendo assim suporte necessário para a formação profissional. Compreender e abordar esse tema deve fazer parte da rotina de atendimento à saúde da mulher, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (TOZO et al., 2007, p.98).

Para Oliveira (2018), as temáticas associadas à sexualidade humana por si só, são complexas, quando se incorpora ainda estudos sobre a sexualidade feminina, percebe-se que este cenário ainda é rodeado de tabus.

Trindade e Ferreira (2008) explicam que a sexualidade feminina, associada a uma série de crenças, é composta por memórias de uma intensa influência da europa ocidental, baseada na ética e moral do cristianismo, quando o sexo e os corpos eram tidos como “lugares proibidos” e a mulher estava sempre em posição de submissão diante do pai e do marido. Dessa forma, a sexualidade feminina era apontada como cumprimento de uma função reprodutora.

Para que a função sexual cumpra sua finalidade, intimamente associada ao relaxamento e à realização pessoal da mulher, não deve haver disfunções sexuais. Caso contrário, o seu bem estar e qualidade sexual estarão comprometidos de tal modo, que afetarão outros âmbitos de sua existência (OLIVEIRA, 2018).

Ainda segundo Oliveira (2018), nessa era em que o ser humano busca o bem estar e o desenvolvimento moral, intelectual e sexual, em harmonia com os princípios de cada um, para que se tornem coerentes é essencial que as novas correntes psicoterápicas debruçem nas necessidades da mulher contemporânea, afim de construir teorias e técnicas que sejam de fato, eficientes nos distúrbios sexuais femininos. Para tal, é indispensável se ter um olhar para o interior da vida da paciente, que significa direcionar a atenção (que outrora esteve focada no exterior, cotidiano) para dentro, e considerar os anseios dessa mulher contemporânea.

CAUSAS DO VAGINISMO E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Fatores Psicológicos

Apesar da definição, diagnóstico e tratamento do vaginismo concentrarem-se extensamente no sintoma orgânico da contração muscular vaginal, os fatores etiológicos indicados foram, prioritariamente, os psicogênicos. Frequentemente, os traumas psicológicos e/ ou físicos, as atitudes sexuais negativas bem como experiências de relacionamentos conflituosos são as concepções mais citadas atribuídas à causa (LAHAIE et al.,2010).

Situações que desencadeiam tensões no trabalho ou no convívio familiar tem o potencial de gerar um desequilíbrio da função sexual, especialmente nas mulheres. Desse modo, uma experiência sexual negativa e os traumas que podem surgir após tal experiência, como também a violência sexual sofrida por muitas mulheres nesse contexto, configuram uma série de sofrimentos de ordem sexual, que consequentemente interferem negativamente na função genital. Considerando os altos índices de violência sexual no Brasil, sofrida principalmente por crianças e jovens, deve-se sempre levar em conta tal possibilidade, mediante uma paciente que sofre com vaginismo (LARA et al., 2008).

Os autores Abdo e Fleury (2012) apontam que questões psicológicas são aspectos com grande relevância para a saúde sexual e o culminar das disfunções sexuais femininas, o que torna imprescindível, numa perspectiva terapêutica, a abordagem dos fatores biopsicossociais tanto da mulher como de

seu parceiro. Estudos populacionais indicam que, problemas sexuais do parceiro têm alto potencial para gerar crises na vida do casal. Os autores seguem dizendo ainda que, por esta razão, a saúde do parceiro tanto física como mental, seu humor e a forma como este lida com as dificuldades sexuais da parceira, precisam amplamente ser investigados e avaliados.

Estudos realizados nos últimos anos, sugerem que a presença de pensamentos automáticos negativos como por exemplo: pensamentos de fracasso e desistência, pensamentos de abuso sexual ou até mesmo a falta de pensamentos eróticos aumentam as chances de a mulher desenvolver dor na relação (TAVARES, 2016).

A comunicação problemática entre o casal também parece ser um fator que influencia, segundo Kelly, Strassberg e Turner (2004) a inibição da comunicação desempenha um papel na etiologia ou na manutenção do vaginismo.

A American Psychiatric Association- APA (2000) relata que, associações entre a falta de educação sexual e a atitudes sexuais negativas são relatadas com frequência na literatura, no que diz respeito ao vaginismo. LAHAIE et al. (2010) trazem a ideia de que o vaginismo, resulta principalmente da falta de conhecimento sexual e a presença de culpa sexual, ambas estariam vinculadas ao medo de se envolver em relações sexuais.

Observa-se, portanto, um modelo de elementos predisponentes e de manutenção do vaginismo que compreendem desde comportamentos de esquiva e ansiedade, como de papéis sexuais, quem em sua maioria são aceitos como a principal causa para o vaginismo (KAYA et al, 2006).

Fatores Biológicos

De acordo com Crowley; Richardson; Goldmeier (2006) e Lahaie et al., (2010), uma serie de patologias orgânicas são sugeridas como fatores etiológicos para o desenvolvimento do vaginismo, a citar:

- a) infecções;
- b) vestibulodinia;
- c) trauma ocasionado por cirurgia ou radioterapia vaginal;

- d) anormalidades himineais e congênitas;
- e) congestão pélvica;
- f) atrofia vaginal;
- g) lesões e/ ou tumores vaginais;
- h) endometriose;
- i) cicatrizes no canal vaginal por lesão, parto ou cirurgia;
- j) irritação provocada por duchas, espermicidas ou látex de preservativos.

Os mesmos autores ressaltam que a associação ao vaginismo se dá pelo fato dessas patologias resultarem em penetração dolorosa /difícil / impossível, entretanto não há estudos controlados que avaliam esta possibilidade

Rosenbaum (2008) salienta que a disfunção muscular do assoalho pélvico (hipertonia e controle muscular reduzido) é também apontada como um fator predisponente para o desenvolvimento do vaginismo. Num estudo não controlado ele argumenta que, mulheres vagínicas tinham dificuldades para avaliar o tônus muscular vaginal e com isso, encontraram problemas para diferenciar um estado relaxado de um espasmo. Contudo, para LAHAILE et al. (2010) ainda não está claro se a disfunção do assoalho pélvico se configura em um fator predisponente para o vaginismo ou se estabelece apenas como um sintoma, pois até o momento não houve nenhum estudo conclusivo que tenha investigado a disfunção muscular na etiologia do vaginismo.

TRATAMENTOS

Whaltard (1909) que desenvolveu o conceito de vaginismo como uma reação fóbica a um medo exagerado de dor, foi o primeiro a sugerir a psicoterapia como um dos tratamentos para o vaginismo. Já no decorrer do século XX, era a psicanálise frequentemente prescrita, pois havia a noção de que o vaginismo era como um sintoma “histérico” ou “de conversão” (FENICHE, 1945).

Os autores Masters e Johnson, médico e psicóloga que a partir da década de 1970, revolucionaram os modelos de tratamentos para as disfunções sexuais em geral, afirmaram que o vaginismo poderia muito bem ser tratado por meio da terapia sexual orientada para o comportamento, incluindo a dilatação vaginal

(MASTERS; JOHNSON, 1980). Os tratamentos atuais para o vaginismo podem ser divididos nas seguintes categorias:

Intervenção fisioterapêutica (Fisioterapia do assoalho pélvico)

A fisioterapia pélvica vem sendo utilizada como um dos recursos que promovem diversos benefícios a saúde mulher que sofre com vaginismo. Dentre esses benefícios, os principais são: a diminuição do quadro algico, o fortalecimento dos músculos que envolvem o assoalho pélvico, além de estimular a consciência corporal da paciente (MARINHO; SANTOS; MENDONÇA, 2020).

A intervenção fisioterapêutica consiste em técnicas manuais e exercícios proprioceptivos que têm a capacidade de influenciar positivamente a qualidade sexual dessas mulheres, pois utiliza-se de técnicas de relaxamento associadas a exercícios respiratórios que geram bem estar. Além disso, o uso de espelho e palpação vaginal juntamente com os dilatadores vaginais (que ajudam a alongar as paredes no interior da vagina permitindo dessensibilizar a região) estimulam o conhecimento da região pélvica (ANTUNES, 2014).

A atuação fisioterapêutica visa trabalhar a musculatura do assoalho pélvico, que permita a mulher tomar consciência da contração voluntária destes músculos, estimulando o fortalecimento e relaxamento, obtendo maior ganho proprioceptivo (PINHEIRO, 2009). O fisioterapeuta em sua intervenção, deve planejar programas específicos com objetivo de eliminar fatores de risco que estejam associados a incapacidade funcional (AVEIRO; GARCIA; DRIUSSO, 2009).

Rosenbaum (2005) postulou que o enfoque do tratamento fisioterapêutico versa sobre a avaliação em terapia cognitivo comportamental, além de outras técnicas e modalidades.

Cinesioterapia

Essa técnica consiste na execução de exercícios perineais com o foco em ganho de força, função e conscientização da musculatura perineal. O resultado de força é gerado através da combinação de unidades motoras, com frequência

diminuída, seguida de contrações mais fortes. Essa técnica é a única que não possui contraindicações (BARBOSA et al., 2011).

Eletroestimulação

A eletroestimulação consiste em introduzir no canal vaginal um dispositivo que dispara potentes estímulos elétricos na região. Esse é um método bastante eficaz para promover a conscientização muscular do assoalho pélvico. A corrente elétrica deve ser ajustada suficiente para que tal contração seja percebida pela paciente, entretanto, deve haver bastante cuidado do profissional para não se tornar algo desagradável e que dificulte a continuidade do tratamento. A técnica de eletroestimulação tem seu resultado potencializado se associada a cinesioterapia e biofeedback (SILVA; SILVA, 2003)

Biofeedback

Das intervenções fisioterapêuticas, o biofeedback foi o único método que passou por testes controlados. Pesquisas concluíram que há um aumento no tônus muscular do pavimento pélvico e identificada a eficácia em 50% na redução da dor vulvar (SEO et al., 2005). Esse é um método que consiste na aplicação de eletrodos fixados na musculatura do assoalho pélvico e sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), por meio de comandos dados pelo fisioterapeuta, orienta os músculos perineais, exceto os músculos do grupo sinergista (MATHEUS et al., 2006).

Terapia manual

A terapia manual trata-se de um conjunto de métodos com finalidade terapêutica e preventiva. A intervenção ocorre com manobras manuais sobre tecidos ósseos, conjuntivos e nervosos. Na maioria dos casos atua no alívio das tensões (pontos de gatilhos), desvios ou bloqueios mecânico/funcionais e com a restrição de mobilidade (PRENDERGAST; RUMMER; KOTARINOS, 2008).

Dessensibilização gradual

Serra (2009) descreve a dessensibilização gradual como a intervenção terapêutica mais recomendada para o tratamento de vaginismo. O processo consiste em massagem (pressão e deslizamento) em que manobras miofasciais são empregadas para promover o relaxamento dos músculos e facilitar a penetração. Este método é feito de forma progressiva, para que a mulher não seja exposta a situações que desencadeiam ansiedade.

Dilatadores vaginais

Nesta técnica é feita a dilatação gradual, utilizando dilatadores de silicone ou de algum material emborrachado e lubrificado, de modo que ao inseri-los dentro do canal vaginal funcionam como uma espécie de sonda que podem ser insufladas. Essa técnica também pode utilizar os dedos no lugar dos dilatadores (PINHEIRO,2009). O uso de dilatadores pode servir como atenuante da sensibilidade a penetração (PRENDERGAST; RUMMER; KOTARINOS, 2008).

Tratamento farmacológico

As medicações propostas para o vaginismo incluem:

- a) analgésicos locais (por ex. lidocaína), indicados com base na ideia de que os espasmos advém da dor experimentada repetidas vezes com a penetração, portanto o uso de analgésico tópico seria um meio de resolver os espasmos;
- b) relaxantes musculares (pomada de nitroglicerina e toxina botulínica) com o objetivo de relaxar os músculos vaginais e diminuir a hipertonia muscular, visto que a toxina botulínica atua como um paralisante muscular temporário;
- c) ansiolíticos.

Em virtude de tais tratamentos estarem na forma de estudos de caso, nenhuma conclusão decisiva pôde ser apresentada (BERTOLASI et al., 2009)

Intervenções psicológicas no tratamento das disfunções sexuais (Vaginismo)

Os autores Lara et al. (2008) afirmam que, para o tratamento das queixas sexuais devem ser consideradas medidas gerais no controle de sintomas somáticos, psíquicos, de dificuldades com parceiro e ainda medidas mais restritas em face de queixas individuais. Para isso, os mesmos autores propuseram o modelo PILSET como abordagem, indicando que tal modelo abrange as queixas biológicas, psíquicas e de desconhecimento da anatomia e resposta sexual.

A definição desse modelo conforme descrição dos autores é:

a) P= permissão. O profissional “permite” á paciente manter relações sexuais levando em conta os aspectos fisiológicos da resposta sexual. Por exemplo, o profissional consente que a paciente utilize de fantasias e/ou filmes eróticos como estímulos. Essa estratégia está mais voltada a desmistificação de tabus e quebra de preconceitos;

b) IL= informação limitada. Aqui a paciente é orientada sobre a anatomia da sua genitália e seu funcionamento sexual, com o objetivo de que ela tenha conhecimento dos locais de maior prazer e sensibilidade;

c) SE= sugestão específica. Sugerir mudanças na conduta sexual, buscar estabelecer atitudes assertivas que orientem a paciente (ou o casal) a se atentarem para os aspectos positivos do relacionamento. Quando a paciente desloca a atenção para tais aspectos, pode obter ganhos na relação conjugal e conseqüentemente, uma repercussão positiva acontece na vida sexual;

d) T= terapia sexual. Casos em que os conflitos se apresentam mais severos (anedonia, abusos sexuais, agressões físicas e/ou verbais, distúrbios ou desvios sexuais entre outros) devem ser encaminhados para a terapia sexual.

As autoras Abdo e Fleury (2012) acrescentam que as intervenções psicoterapêuticas devem seguir alguns princípios fundamentais:

- a) O tratamento psicoterapêutico não se contrapõe às intervenções médicas, ambas podem e devem ser combinadas;
- b) O planejamento é individual, podendo incorporar diversas abordagens teóricas;

- c) Enfoque nas características pessoais da paciente: percepção da imagem corporal, sentimentos, contexto social e sexual (relacionamento sexual, família, normas sexuais, cultura etc.);
- d) Conscientização das emoções e capacidade de conferir novos significados a acontecimentos vitais, alteração nos padrões de comportamento;
- e) Estratégias personalizadas, do aconselhamento básico á intervenções mais específicas.

Nesse sentido, a terapêutica surge dos fatores gerais associados a melhoria do bem estar físico e emocional, identificando sintomas de ansiedade e depressão, abuso de álcool ou substâncias químicas, adequação do sono, alimentação e atividades físicas, com também o uso de medicamentos. A essa perspectiva as autoras reiteram:

“Muitas mulheres podem ser favorecidas com a criação de um contexto apropriado para a aquisição de informações básicas sobre o seu funcionamento e reposta sexual. Outras necessitam de tratamentos medicamentosos para situações específicas e/ou exigem processos fisioterapêuticos mais complexos” (ADBO E FLEURY, 2012, p. 136).

Assim, faz-se necessário introduzir o tema sexualidade nos atendimentos, sobre todos os campos profissionais voltados a saúde física e mental. O que permite a elaboração de diagnósticos mais completos e intervenções multidisciplinares mais apropriadas para cada caso. Para tanto, é imprescindível que os profissionais da saúde sejam capazes de lidar com tal demanda, visto que esta engloba abordagens biológica, fisiológica, psicológica e social (OLIVEIRA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em se tratando de aspectos sexuais e o tratamento dos distúrbios relacionados a atividade sexual como é o caso do vaginismo, há de se lançar mão de uma pratica multidisciplinar, que intervenha de forma biopsicossocial, o que

quer dizer, que os profissionais precisam estar aptos á lidar com a dimensão psicológica da paciente e os fenômenos que a esta pertencem. Observou-se como aspectos psicológicos tem participação crucial no desenvolvimento do vaginismo, a falta de conhecimento sobre o seu problema e as inibições que estes trazem a vida da mulher, dificultam o diagnóstico e conseqüentemente retardam o tratamento.

Fica claro como é importante incentivar a mulher a ter conhecimento do seu próprio corpo e de ter acesso a informações relacionadas ao funcionamento e estrutura dos órgãos sexuais. É fundamental também trazer à tona crenças que envolvem o tema da sexualidade feminina, as quais, por estarem enraizadas culturalmente, acabam sendo perpetuadas no âmbito familiar e social sem que muitas nem se deem conta. Trazer à luz essa discussão pode assegurar que problemas sejam mais facilmente detectados e tratados.

É escasso o tratamento dos casos com um olhar sensível e integral para com a paciente no manejo das disfunções sexuais por parte dos profissionais da saúde em geral, visto que grande parte delas encontra-se em situação de fragilidade, tendo com isto dificuldades para buscar atendimento.

Vale ressaltar a limitação metodológica em relação a pesquisas contemporâneas disponíveis, que são de extrema relevância para agregar valor e conhecimento com intuito de buscar mudanças neste cenário.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Andreia. **Abordagem Multidisciplinar no Tratamento do Vaginismo**: Adicionar Fisioterapia ao modelo clássico. 2014.

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013.

Astolfi, E. "**Disfunciones sexuales femininas**": "Qué es el vaginismo". *Aprender Salud*, 2007.

AVEIRO, Mariana Chaves; GARCIA, Ana Paula Urdiales; DRIUSSO, Patrícia. **Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo**: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 279-283, 2009.

Ayse Deliktas Demirci; Kamile Kabukcuoglu. "**Ser mulher à sombra do vaginismo**: as implicações do vaginismo nas mulheres", pesquisas e análises atuais em psiquiatria.15: 231, 2019.

BARBOSA, Leila Maria Alvares et al. **The effectiveness of biofeedback in treatment of women with stress urinary incontinence: a systematic review.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, n. 3, p. 217-225, 2011.

BASSON, ROSEMARY, et al. "**Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications.**" *The Journal of urology* 163.3 (2000): 888-893.

Basson, Rosemary, et al. "**Revised definitions of women's sexual dysfunction.**" *The journal of sexual medicine* 1.1: 40-48, 2004.

BASSON, Rosemary et al. **Summary of the recommendations on women's sexual dysfunctions.** *Sexual medicine—Sexual Dysfunctions in Men and Women.* Paris: Health Publications, p. 975-985, 2004.

Bertolasi, Laura, et al. "**Injeções de neurotoxina botulínica tipo A para vaginismo secundário à síndrome da vestibulite vulvar.**" *Obstetrics & Gynecology* 114.5 (2009): 1008-1016.

BINIK, Yitzchak M.; BERGERON, Sophie; KHALIFÉ, Samir. **Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain.** *Principles and practice of sex therapy*, 4, 2007.

Binik, Yitzchak M. "**Os critérios de diagnóstico do DSM para o vaginismo.**" *Arquivos de comportamento sexual* 39.2: 278-291, 2010.

CONCEIÇÃO, Ismeri SC. Tedesco, Julio; Cury, Alexandre. **Sexualidade feminina** *Ginecologia Psicossomática.* São Paulo: Atheneu, p. 131-142, 2007.

CROWLEY, Tessa et al. **Recommendations for the management of vaginismus:** BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *International journal of STD & AIDS*, v. 17, n. 1, p. 14-18, 2006.

DE SOUZA ANTONIOLI, Reny; SIMÕES, Danyelle. **Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas.** *Revista Neurociências*, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010.

FLEURY, Heloisa Junqueira; ABDO, Carmita Helena Najjar. **Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina.** *Diagn Tratamento.* 17(3):133-7; 2012.

Goldstein, Andrew T., Caroline Pukall, and Irwin Goldstein, eds. **Female sexual pain disorders: Evaluation and management.** John Wiley & Sons, 2011.

Kaya, Burhanettin, et al. "**Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain.**" *Sexual and Relationship therapy* 21.02 (2006): 187-196.

KINSEY, Alfred C., et al. **Comportamento Sexual na Mulher Humana.** Filadélfia. *B. Saunders Co.*, 1953.

LAHAIE, Marie-Andrée et al. **Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment.** *Women's Health*, v. 6, n. 5, p. 705-719, 2010.

LARA, Lúcia Alves da Silva et al. **The assessment and management of female sexual dysfunction.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

MARINHO, Lyana Belém; DOS SANTOS, Karen Luana; DE MENDONÇA, Rejane Cristina Fiorelli. **Intervenção fisioterapêutica no vaginismo tipo primário: revisão integrativa.** Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 4, p. 7958-7964, 2020.

MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E. **A incompetencia sexual: suas causas: seu tratamento.** 1979. p. 452-452.

Masters, William H. e Virginia Johnson Masters. **Inadequação sexual humana.** Bantam Books, 1980.

Masters, William H., et al. **La sexualidad humana.** 1995.

Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. **Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina.** Rev. bras. Fisioter. 10:387-92; 2006.

MOLTEDO-PERFETTI, Andrés; NARDI, Bernardo; ARIMATEA, Emidio. **Coherencia sistémica e identitaria en mujeres con vaginismo primario.** Rev. chil. obstet. ginecol., Santiago, v. 79, n. 1, p. 56-63, 2014.

MOREIRA, Ramon Luiz Braga Dias. **Vaginismo.** 2013.

OLIVEIRA, Vera Lúcia Ruela de. **Sexualidade e Psicologia: Visão Psicológica Sobre as Disfunções Sexuais Femininas.** Psicólogo, [S.I.]. 2018.

Organização Mundial de Saúde. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde relacionados: décima revisão.** 2004.

PINHEIRO, Monica. **O casal com vaginismo: um olhar da Gestalt-terapia Couple with vaginismus: A look of Gestalt-therapy.** IGT na Rede, v. 6, n. 10, 2009.

Prendergast S, Rummer E, Kotarinos R. **Treating vulvodynia with manual physical therapy.** Phys Ther; 8(3):7-12, 2008.

Reissing, Elke D., et al. **"Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus."** Archives of sexual behavior 33.1 : 5-17. 2004.

Rosenbaum, Talli Y. **"O papel da fisioterapia na disfunção sexual feminina".** Current Sexual Health Reports 5.2 :97-101, 2008.

ROSENBAUM, Talli Yehuda. **Tratamento fisioterapêutico de distúrbios da dor sexual.** Journal of sex & marital therapy, v. 31, n. 4, p. 329-340, 2005.

Schultz, Willibrord Weijmar, et al. **"A dor sexual das mulheres e sua gestão."** The journal of sexual medicine 2.3: 301-316, 2005.

Seo TJ, Choe JH, Lee WS, Kim KH. **Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus.** J Urol; 66(1):77-81, 2005.

Silva APS, Silva JS. **A importância dos músculos do assoalho pélvico feminino sob uma visão anatômica.** Rev. Fisioter Bras; 4:205-11, 2003.

Sims, MJ. "**No vaginismo**". *Trans Obstet Soc London*; 3: 356-367, 1861.

TOZO, Imacolada Marino et al. **Disfunção sexual feminina:** "A importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista". Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 52, n. 3, p. 94-99, 2018.

WALTHARD, M. **Die psychogene aetiologie und die psychotherapie des vaginismus.** Münchener Medizinische Wochenschrift, v. 56, p. 1998-2000, 1909.