

BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR NO VAGINISMO VISANDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Eliza Antoniolo Perondi¹
Larissa Silveira Carvalho Villa²

RESUMO: O vaginismo é um problema recorrente entre as mulheres, com diagnóstico impreciso e muitas vezes ausente, sem a percepção da própria mulher, que leva a um quadro de dor intensa, contratura e espasmos da musculatura do introito vaginal e do assoalho pélvico, associada à perda de contração consciente, sendo que sua classificação atual no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-V 2013) é uma soma das doenças vaginismo e dispareunia, diminuindo a função sexual e criando medos há ideia de penetração. O tratamento estudado envolve as terapias fisioterapêuticas, psicológicas e medicamentosas, com o objetivo de demonstrar a importância da equipe multidisciplinar no vaginismo, assim como a prevenção e promoção da saúde sexual da mulher. Dentro da fisioterapia, as literaturas nos mostram diversos métodos de tratamento, como terapias manuais, eletroestimulação e biofeedback, uso de cones como colaboradores da cinesioterapia, exercícios de Kegel, entre outros. O acompanhamento psicológico também foi indicado para mulheres com contração involuntária persistente, assim como o tratamento medicamentoso. Este trabalho consiste em uma revisão de literatura sistemática na base de dados dos sites SciElo (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed (*National Library of Medicine*) e Elsevier, nacionais e internacionais, entre os anos de 1990 a 2018 e foram utilizados também livros de Fisioterapia em Saúde da Mulher disponíveis na biblioteca acadêmica da Faculdade FASIPE - Sinop. Foi encontrada uma quantidade de estudos restritos direcionados para o tema específico desse trabalho, destacando a importância de mais estudos de campo sobre o tema.

PALAVRAS CHAVE: Equipe Multidisciplinar; Fisioterapia; Transtorno Genitopélvico; Vaginismo.

BENEFITS OF MULTIDISCIPLINARY TREATMENT IN VAGINISM AIMING THE PROMOTION OF HEALTH

ABSTRACT: Vaginismus is a recurrent problem among women, with an imprecise and often absent diagnosis, without the woman's own perception, leading to severe pain, contracture and spasms of the vaginal introitus and pelvic floor musculature associated with loss of conscious contraction, and its current classification in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-V 2013) is a sum of the diseases vaginismus and dyspareunia, diminishing the sexual function and creating fears there is no idea of penetration. The treatment studied involves physiotherapeutic, psychological and drug therapies, aiming to demonstrate the importance of the multidisciplinary team in vaginismus, as well as the prevention and promotion of the sexual health of women. Within physiotherapy, literatures show us several methods of treatment, such as manual therapies, electrostimulation and

¹ Acadêmica de Graduação, curso de Fisioterapia, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop-MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: eliza@newcentroeste.com.br.

² Professora Mestranda em Promoção da Saúde (UNICESUMAR), Especialista em Morfologia aplicada a Reabilitação Neurológica e Ortopédica (UEM), Especialista em Docência do Ensino Superior (FASIPE), Curso de Fisioterapia, Faculdade de Sinop – FASIPE, R. Carine, 11, Res. Florença, Sinop-MT. CEP: 78550-000. Endereço eletrônico: larissascvilla@hotmail.com.

biofeedback, and the use of cones as collaborators of kinesiotherapy, Kegel exercises among others. Psychological counseling was also indicated for women with persistent involuntary contraction, as well as drug treatment. This work consists of a review of systematic literature in the database of the national and international SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed (National Library of Medicine) and Elsevier sites, from 1990 to 2018, and also books on Physical Therapy in Women's Health were available at the FASIPE Faculty's academic library - Sinop. It was found a number of restricted studies directed to the specific theme of this work, highlighting the importance of more field studies on the subject. It was found a number of restricted studies directed to the specific theme of this work, highlighting the importance of more field studies on the subject.

KEY WORDS: Multidisciplinary Team; Physiotherapy; Genitopelvic Disorder; Vaginismus.

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde traz o conceito de Promoção da Saúde como sendo um conjunto de estratégias de se produzir saúde, de âmbito individual e coletivo, caracterizada pela realização multissetorial (intra e intersetorial), redefinindo a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), em 11 de novembro de 2014 através da portaria nº 2.446.

O vaginismo é uma resposta à penetração ou a ideia da mesma, de maneira consciente ou inconsciente, que causa espasmos de forma persistentes ou recorrentes, nas musculaturas perineais da vagina e impede o ato sexual, o uso de absorventes internos e até mesmo o exame ginecológico. Os sintomas variam de dor com ou sem penetração, náuseas, vômitos e taquicardia, devido ao temor a penetração. É um problema de ordem física, psicológica, psicossocial e sexológico, que interfere na qualidade de vida da mulher que a apresenta (TOMEN et al., 2015).

Sua etiologia ainda é discutida e controversa em alguns pontos. A presença de dispareunia, presente como comorbidade em quase todos os casos alterou a classificação do vaginismo para junto desta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-V 2013) como “espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, recorrente ou persistente, que interfere no ato sexual” e somando-as para o Transtorno da dor Genitopélvica.

As causas que podem desencadear o vaginismo vão desde enfraquecimento e aumento dos tónus da musculatura pélvica, causando os espasmos, atitudes e visão negativas sobre o ato sexual e o sexo masculino, fobia à penetração e um parceiro incompetente (PUKALL et al., 2005).

Sua prevalência não tem uma proporção bem estimada. Acredita-se que o vaginismo afete de 1 a 6% das mulheres com vida sexual ativa. A busca por tratamento vem crescendo dentro do serviço de saúde, mas não se pode dizer que os casos de vaginismo vêm aumentando, uma vez que a conversa sobre o tema está se tornando mais aberta por conta da emancipação feminina (MOREIRA; 2013).

O tratamento fisioterapêutico deve entender os aspectos éticos, considerando a idade da mulher e sua experiência sexual e respeitar os aspectos psicossomáticos associados, os medos e anseios da mulher, sua base cultural e o tabu sobre o tema, sempre estimulando a auto-observação e conscientização do próprio corpo. Para atingir benefícios maiores e mais prolongados o atendimento multidisciplinar é essencial, com acompanhamento psicológico, médico farmacológico e sexológico (ANTONIOLI e SIMÕES; 2010).

Moreira (2013) considera que o melhor tratamento para o vaginismo seja multidisciplinar, com uma avaliação psicológica seguida de terapia sexual com base

cognitiva, a avaliação sexológica com tratamento por medicina sexual e farmacológica e o tratamento fisioterapêutico especializado.

Esse trabalho destina-se a apresentar o vaginismo, baseando-se em uma pesquisa sistemática sobre as publicações divulgadas sobre o tema, suas questões fisiopatológicas e sociais assim como o tratamento multidisciplinar, por meio da fisioterapia, da psicologia e medicamentos, suas implicações e o que a literatura conclui sobre tais tratamentos. Consiste em uma revisão de literatura na base de dados dos sites SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed (*National Library of Medicine*) e Elsevier, nacionais e internacionais, entre os anos de 1990 a 2018, filtrados pelas palavras-chave “vaginismo”, “transtorno genitopélvico”, “equipe multidisciplinar” e “fisioterapia”, e dos encontrados foram selecionados 27 para referencial teórico desse trabalho. Foram utilizados também livros de Fisioterapia em Saúde da Mulher disponíveis na biblioteca acadêmica da Faculdade FASIFE - Sinop. Os critérios de exclusão utilizados foram artigos publicados anteriormente a 1990 e que não tinham relação direta com o tema estudado.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Promoção da saúde

O Ministério da Saúde redefiniu a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), em 11 de novembro de 2014 através da portaria nº 2.446, onde traz como base o conceito de Promoção da Saúde como sendo um conjunto de estratégias de se produzir saúde, de âmbito individual e coletivo, caracterizada pela realização multisetorial (intra e intersetorial). Trazendo também os valores fundantes no processo de efetivação da PNPS, os princípios adotados, as diretrizes e seus objetivos específicos, mostrando a importância da PNPS para a qualidade de vida (BRASIL; 2014).

Janini et al. (2015) descreve a Promoção da Saúde (PS) como um novo conceito de políticas públicas, que visa não só o indivíduo, mas também o coletivo, buscando sempre a qualidade de vida, a autonomia e estimulando o autocuidado. Os autores demonstram como a PS se expressa pela educação em saúde, porém não se limitando apenas em transmitir conhecimento à população, mas também em envolver a comunidade na participação das práticas desenvolvidas, criando ali uma maior inclusão social, um maior vínculo entre paciente-profissional, promovendo a participação ativa da comunidade e remodelando conceitos e hábitos que comprometem a saúde e qualidade de vida daquela população, mostrando que a educação e a promoção da saúde andam juntas.

2.2 Etiologia e diagnóstico do vaginismo

O vaginismo é definido pelo DSM-V (2013) como um “espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, recorrente ou persistente, que interfere no ato sexual”. Seu diagnóstico foi somado a Dispareunia, que é a condição de dor durante o ato sexual, sendo tratadas como Dor Gênito/Pélvica com ou sem penetração, por apresentarem-se sempre comórbitas.

Embora a nova classificação, o vaginismo e a dispareunia são transtornos diferentes, com sinais, sintomas e mecanismo de traumas diferentes, o tônico e força muscular é maior em pacientes com vaginismo, assim como o medo associado também é maior. As pacientes com dispareunia normalmente continuam o ato sexual depois de iniciado por senso de dever, enquanto as com vaginismo tendem a evitar qualquer tipo de penetração (MEANA et al., 1997).

Porém segundo Baracho (2012), a dispareunia pode ser causada por dores musculoesqueléticas que alteram a assimetria do tônico e da ação muscular, também pode ser

um fator desencadeante do vaginismo, pois por consequência da dor leva a mulher ao desinteresse e a diminuição da libido sexual.

Uma definição clara desse transtorno e seu tratamento foi proposta em 1970 por Masters e Johnson, e embora seja contestado pelos estudos baseados em evidências, ainda é o processo de diagnóstico e tratamento que vigora até os dias de hoje. Sua prevalência não tem uma proporção bem estimada. Acredita-se que o vaginismo afete de 1 a 6% das mulheres com vida sexual ativa. A busca por tratamento vem crescendo dentro do serviço de saúde, mas não se pode dizer que os casos de vaginismo vêm aumentando, uma vez que a conversa sobre o tema está se tornando mais aberta por conta da emancipação feminina (MOREIRA, 2013).

Antonioli e Simões (2010) falam sobre o ponto de vista que a mulher com vaginismo tem de si mesma e da sua doença, elas acreditam que tem uma vagina muito pequena e que essa condição é permanente e imutável, sendo que, a penetração de qualquer coisa lhe causará uma lesão física grave, levando a um quadro de angústia e sentimento de incapacidade e inferioridade.

Controvérsias diagnósticas ocorrem ao se pensar na questão causa/resultado, se o espasmo seria uma condição clínica de responsabilidade diagnóstica do exame ginecológico e sua causa ou o vaginismo seria um transtorno psíquico que causaria uma contração involuntária da musculatura vaginal, impedindo a penetração (MOREIRA, 2013).

Masters e Johnson (1976), em seu livro *A Incompetência Sexual*, descreve a reação física incomum tomada pelas mulheres portadoras do vaginismo quando sujeitadas a exames ginecológicos, onde as mesmas reagem num padrão de tensão psicológica e física, sempre que há a exposição e manipulação do órgão genital, tentando escapar da aproximação do examinador.

Segundo Moreira (2013), o exame ginecológico tende a ser de difícil realização, pois exige uma penetração do médico ginecologista e a mulher tende a uma reação de proteção, muitas vezes inconsciente, devido a mecanismos psíquicos da musculatura vaginal, e o exame forçado pode piorar a situação clínica e trauma da mulher.

Baracho (2012) cita as disfunções sexuais como sendo multifatoriais e que podem estar ligados a fatores psicogênicos, orgânicos ou combinados, podendo até mesmo estar relacionadas com alterações das funções de micção e defecação.

Pukall et al. (2005) também relacionam a etiologia com fatores psicossociais como fobia a penetração, aonde a contração da musculatura vaginal aconteceria por conta do medo da dor causada pela penetração, não ficando bem claro se seria então uma causa ou consequência, mas sendo um claro fator que leva a mulher com vaginismo a abstinência sexual ou qualquer situação que envolva penetração. Ressalta ainda que a fobia seria da penetração e não do ato sexual, já que algumas mulheres apresentam disposição a atividades sexuais que não envolvam penetração, mas evitam o uso de absorventes internos e exames ginecológicos. Outros fatores psicossociais citados por Pukall et al. (2005), são as atitudes negativas e falta de conhecimento na educação sexual, como uma visão pessimista da relação sexual e do sexo oposto, normalmente sendo algo errado.

Para um bom diagnóstico, a queixa da paciente, juntamente com alguns elementos presentes na anamnese, é fundamental, assim como a investigação das condições do parceiro, pois algumas alterações na função sexual do companheiro podem causar equívocos na interpretação do quadro referido pela mulher. Como também se deve investigar, se a disfunção foi adquirida ou estende-se ao longo da vida, se é apenas com algum parceiro, se ocorre em determinadas situações ou de forma geral, com qualquer parceiro e/ou qualquer situação (ABDO e FEURY, 2006).

Antonioli e Simões (2010) falam que o fisioterapeuta deve entender os aspectos éticos do tratamento, considerando a idade da mulher e sua experiência sexual e respeitar os

aspectos psicossomáticos associados, os medos e anseios da mulher, sua base cultural e o tabu sobre o tema, sempre estimulando a auto-observação e conscientização do próprio corpo.

O diagnóstico é realizado através de uma anamnese criteriosa, envolvendo uma análise não só da disfunção sexual, mas também da postura física e do assoalho pélvico, assim como saber dialogar com a paciente, para que as informações fiquem claras para ambos, pois pode haver ali uma falta da educação sexual (BARACHO, 2012).

Baracho (2012), ainda diz que devemos levar em consideração também o impacto que estas disfunções podem causar na funcionalidade do indivíduo, tendo um olhar além dos sinais e sintomas, sempre com um intuito de compreender a paciente como um todo, cada uma com suas individualidades, pois o impacto causado pelas disfunções na qualidade de vida de uma paciente pode não ser tão considerável para uma quanto para a outra, portanto deve-se levar em consideração a particularidade de cada uma, elaborando um plano de tratamento mais específico e eficaz para cada caso.

O critério para inclusão no vaginismo é 6 meses de apresentação de sintomas. O exame subjetivo é importante, porém por muitas vezes as mulheres podem omitir os sintomas por vergonha ou receio. A avaliação minuciosa e cuidadosa é importante para descartar a presença de cistos, tumores, traumas e candidíase. Deve-se também realizar a palpação da parede vaginal com o dedo, se tolerável, para observar o tônus e resistência muscular (ANTONIOLI e SIMÕES, 2010).

2.3 Tratamento fisioterapêutico

A fisioterapia tem como objetivo no vaginismo a prevenção e o tratamento das disfunções relacionadas à estrutura osteomuscular, iniciando sempre por uma anamnese minuciosa, além da educação sobre o tema tratado, lhe trazendo toda informação sobre o assunto, e realizando na paciente a busca do autoconhecimento corporal, além de todo o tratamento fisioterapêutico uroginecológico (BATISTA, 2017).

Segundo Baracho (2012), para um tratamento fisioterapêutico eficaz é de grande importância que a paciente conheça o próprio corpo, cada estrutura envolvida e seu funcionamento, que chamamos de conscientização corporal, o que torna indispensável que os profissionais da área da saúde, principalmente os que atuam na área saúde da mulher, tenham um bom conhecimento científico sobre as estruturas do assoalho pélvico, pois necessitarão, não somente trabalhar a melhora da função dessa região, mas também garantir a educação, transmitindo e esclarecendo as dúvidas e conceitos sobre o tema tratado.

Sousa et al. (2016), descreve em seu trabalho a importância, para o fisioterapeuta, de uma boa anamnese. Segundo ele, o profissional deve dedicar o tempo necessário para que sua avaliação seja satisfatória, que consiga extrair o máximo de informações possíveis, para que se chegue a um diagnóstico correto e atinja de forma eficiente os objetivos propostos, além de proporcionar uma humanização na relação terapeuta-paciente.

Segundo Mendonça e Amaral (2011), deve-se iniciar o tratamento com a dessensibilização lenta e progressiva, tocando a musculatura perineal e orientar verbalmente o relaxamento dos músculos, que vão sendo palpados de forma gradativa. Após conseguir o relaxamento, fazer o toque somente unidigital. Assim como Etienne e Waitman (2066), também citam que a técnica mais recomendada para o tratamento do vaginismo é a dessensibilização gradual, com relaxamento da MAP, através do deslizamento e da digito pressão, facilitando assim a penetração.

A cinesioterapia para musculatura do assoalho pélvico, com exercícios isolados para esses músculos a fim de harmonizar o controle neural e tônus muscular, associado à postura correta e exercícios respiratórios é a primeira proposta no tratamento do vaginismo, por ser a opção com menos riscos de complicações e a terapia menos invasiva, além de aumentarem a consciência da mulher sobre o próprio corpo (DELGADO et al., 2015).

Piassarolli (2010), em sua pesquisa concluiu que as mulheres submetidas ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico melhoram os sintomas de algumas disfunções sexuais, com aumento da força dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) e diminuição das queixas, embora a avaliação dessa função seja muito subjetiva e difícil. A explicação para esse resultado seria que o fortalecimento dos MAP causa aumento da vascularização da área pélvica, auxiliando na funcionalidade dos músculos, disponibilidade de nutrientes e limpeza de metabólitos, aumento da lubrificação e excitação e do controle neural.

Zahariou et al. (2008) realizou uma pesquisa com 70 mulheres com incontinência urinária, realizando exercícios para musculatura do assoalho pélvico durante 12 meses, e concluiu que não apenas a incontinência nelas diminuiu, mas como a função sexual melhorou significativamente.

Os exercícios de Kegel, criados entre as décadas de 40 e 50 pelo Dr. Arnold Kegel, visam aumentar a força, resistência e consciência corporal dos músculos do assoalho pélvico por meio de contrações sustentadas, realizadas por 20 minutos de 3 a 4 vezes por dia, num período de 20 a 60 dias, com objetivo de estimular as fibras musculares tipo I e II do assoalho pélvico e tratar a hipotonia, espasmos e falta de controle neural sobre essa região. É uma técnica muito utilizada no tratamento da incontinência urinária por esforço, mas é indicada também nos transtornos genitopélvicos pelo aumento da satisfação sexual e controle sobre a musculatura (PIASSAROLLI, 2010).

Wurn et al. (2004) realizaram em sua pesquisa o tratamento manual e de fortalecimento muscular em mulheres com dispareunia em mulheres com aderência abdominopélvica, realizando técnicas de fortalecimento associadas a massagens miofasciais, mobilizações de tecidos moles e músculo energia, obtendo resultados satisfatórios.

Moreira (2000) propõe a dilatação progressiva do canal vaginal utilizando moldes feitos com ataduras de gesso que quando molhadas se tornam rígidas, e podem ser introduzidas com o auxílio de preservativos e lubrificantes. A largura vai aumentando a cada semana até que se atinja a largura média de um dedo polegar. Após isso, solicita-se a introdução do dedo da paciente para exercícios de massagem intravaginal.

O uso de dilatadores vaginais combinados com os exercícios de Kegel também pode trazer à mulher um benefício quanto ao controle e percepção da MAP, assim como a diminuição da sensibilidade durante a penetração e relaxamento dessa musculatura, contribuindo para a melhora do quadro (PINHEIRO, 2009).

A eletroestimulação com associação ao biofeedback e a cinesioterapia tem a pesquisa realizada por Nappi et al. (2003) evidenciou o uso da eletroestimulação da área vestibular e intravaginal na melhora do quadro de vaginismo e dispareunia. A técnica foi realizada uma vez por semana durante 10 semanas e feito um acompanhamento com miografia e aplicação da escala numérica para avaliação da dor, e tiveram como resultados o aumento da capacidade contrátil e de repouso da musculatura do assoalho pélvico, diminuição da percepção dolorosa na escala numérica de dor, retorno de 4 das 9 mulheres as atividades conjugais.

O biofeedback é a técnica que utiliza de um balão que percebe a contração muscular, colocado intravaginal, que dá informações instantâneas por meio de um programa de computador, sobre o comportamento da musculatura do assoalho pélvico. Seu uso como coadjuvante do fortalecimento dos MAP é explicado pelo fato de muitas das mulheres não tem consciência da musculatura contraída, mesmo com comandos verbais ou escritos, e dessa forma o fisioterapeuta teria uma resposta imediata se o exercício proposto está realmente sendo realizado (FITZ et al., 2012).

Delgado et al. (2015) também descreve que a técnica de eletroestimulação é benéfica para a consciência da contração muscular vaginal, algo que é ausente nas mulheres com vaginismo e dispareunia. É feito a partir da introdução de um dispositivo intravaginal

que manda um estímulo elétrico de até 50hz diretamente na musculatura vaginal, e deve ser modulado de forma que a contração seja percebida para a mulher, mas não desconfortável. A contraindicação da técnica seria a presença de irritação local ou desconforto e uso de marca passos ou implantes elétricos por conta da corrente.

Alternativa que pode ser somada no tratamento fisioterapêutico, descrita por Latorre et al. (2011), é a Ginástica Hipopressiva (GH), ela atua diretamente nos músculos mais profundos do abdômen, como o transverso do abdômen, mas causa uma ativação reflexa dos MAP, sendo eficaz no tratamento das disfunções dessa musculatura, podendo ser uma opção de tratamento inicial, principalmente para mulheres que não conseguem realizar a contração voluntária do assoalho pélvico.

O fisioterapeuta também pode atuar na prevenção do vaginismo, com exercícios vaginais antes mesmo da patologia instalada, fortalecendo a MAP, prevenindo várias patologias desencadeantes das disfunções sexuais (BARACHO 2012).

Carneiro et al. (2016) descreveu em seu artigo um manual didático, o qual foi desenvolvido por duas alunas de fisioterapia da Universidade Ibirapuera, de linguagem clara e acessível a população geral, onde demonstra um pouco sobre a atuação da fisioterapia na área uroginecológica e algumas informações sobre os MAP, incentivando assim a promoção da saúde e levando acesso à informação, de forma prática, didática e de baixo custo.

2.4 Tratamento multidisciplinar

Moreira (2013) considera que o melhor tratamento para o vaginismo seja multidisciplinar, com uma avaliação psicológica seguida de terapia sexual com base cognitiva, a avaliação sexológica com tratamento por medicina sexual e farmacológica e o tratamento fisioterapêutico especializado, sendo que a cura seria alcançada quando a mulher conseguisse não só a penetração completa, mas a resposta sexual satisfatória, a fim de evitar recidivas e aumentar a consciência da mulher sobre o próprio corpo, para que ela saiba reconhecer sinais da doença.

Moreira (2000), ainda cita que todo esse trabalho é realizado juntamente com o acompanhamento psicológico e farmacológico necessário, para garantir uma reabilitação não apenas do espasmo, mas dos processos psicológicos, por isso, também é indicado que os casais evitem o ato sexual, para evitar uma possível frustração caso o ato sexual durante o tratamento não seja bem-sucedido.

Quando existe dentro do diagnóstico de vaginismo, uma questão mais relacionada a organicidade do paciente, como por exemplo alterações nos níveis hormonais, depressão, dentre outros, o tratamento medicamentoso se torna fundamental (PINHEIRO, 2009).

O uso da toxina botulínica pode ser considerado uma opção de tratamento para o vaginismo, porém apenas em casos em que as outras intervenções falharam. Existem poucos estudos sobre essa técnica e na maioria deles mostra ela associada com outros tratamentos, o que deixa dúvida quanto a sua eficácia (MOREIRA 2013).

Hawton e Catalan (1990) apresentaram um estudo com 30 casais, em que a mulher apresentava vaginismo, que realizaram terapia sexual, e 24 apresentaram boa evolução em 3 meses de tratamento. Destacou ainda que um importante diferencial dos casais que apresentaram bons resultados foi a realização das tarefas de casa, solicitadas pelo terapeuta, até a terceira sessão, e que os casais que apresentavam o vaginismo tinham mais motivação para concluir a terapia sexual.

Os conflitos entre o casal também podem ter influência no tratamento da disfunção sexual. Não se enquadra como uma causa da patologia, mas o desentendimento entre os mesmos pode desenvolver quadros psicológicos que afetem a melhora do quadro, se tornando importante a terapia de casal, realizada por psicoterapeutas (PINHEIRO, 2009).

O desconhecimento do assunto por parte dos profissionais de saúde pode se tornar um problema quando a paciente ou seu companheiro buscam o serviço de saúde e recebem informações erradas que atrasam o verdadeiro diagnóstico (MOREIRA; 2013). O autor ainda indica que o profissional que se dedique ao atendimento do paciente com vaginismo tenha empatia pelo sofrimento do mesmo, busque informá-lo sobre a sua condição de forma adequada e sempre procure o diagnóstico fundamentado em evidências.

Segundo Acele e Karaçam (2011), a prevenção de disfunções e promoção da saúde sexual da mulher pode ser realizada por profissionais da saúde, com a educação e o aconselhamento e através do rastreamento de escalas de triagem, identificar possíveis grupos de risco e encaminhá-las para diagnóstico e tratamento precoce.

3 CONCLUSÃO

A fisioterapia tem diversos recursos disponíveis para o tratamento do vaginismo, porém conclui-se que o tratamento multidisciplinar e medicamentoso, envolvendo psicólogos, fisioterapeutas e médico, tende a ser mais eficaz, pois trata todos os espectros da patologia. Outra forma de atuação desses profissionais dentro da patologia estudada é a prevenção e promoção da saúde sexual da mulher, com aconselhamento e educação sexual, pois como podemos verificar através dos estudos já realizados, mesmo nos dias atuais, muitas mulheres não conhecem o próprio corpo e a forma como ele deve se comportar, acreditando que aquela disfunção faça parte de seu sistema fisiológico, como sendo “normal”, mostrando-nos a falta de informação e educação sexual.

O ponto inicial, e também considerado um dos principais no tratamento do vaginismo, é a anamnese, pois a partir dela que iremos ter um diagnóstico e tratamento satisfatório, chegando com eficiência no objetivo proposto. A avaliação é o primeiro contato com a paciente, é ali onde o fisioterapeuta deverá conquistar a confiança da mulher e tornar o seu atendimento mais humanizado.

O fisioterapeuta também tem um papel fundamental na promoção da saúde, onde o mesmo deve ter conhecimento científico não somente para tratar a patologia, mas principalmente para levar informações e conhecimento a comunidade, sobre o assoalho pélvico, sobre o vaginismo, sobre sexualidade, sobre os possíveis tratamentos e tudo mais que esteja envolvido dentro do âmbito de sua profissão, sempre respeitando as diversas culturas, religiões e cada mulher como sendo única.

O tema estudado é bastante escasso, tanto em relação aos tratamentos, mas principalmente, quanto à prevenção e promoção das disfunções sexuais, que se torna um tema tão importante na saúde íntima da mulher, o que traz à tona a relevância e necessidade de novos estudos e pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, CHN.; FLEURY, HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (3); 162-167, 2006.

ACELE OE, KARAÇAM Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. **J Clin Nurs.** 2011; 21(7-8):929-37.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANTONIOLI RS, SIMÕES D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc** 2010; 18(2):267-274.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BATISTA, MCS. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Rev Diagn Tratamento**. 2017;22(2):83-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.446**, 11 nov. 2014. Assunto: PNPS

CARNEIRO MCAS., OLIVEIRA JM., SANTOS MVP., CARVAS NJ., DIAS LB., KASAWARA KT. Desenvolvimento de um manual didático com orientações sobre os músculos do assoalho pélvico e atuação da fisioterapia em uroginecologia. **Rev. Da Universidade Ibirapuera**. Jan/Jun 2016, n. 11, p. 30-35.

DELGADO AM, FERREIRA IS, SOUZA MA. Recursos Fisioterapêuticos Utilizados No Tratamento Das Disfunções Sexuais Femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**. Ano 4, nº 1, p. 47-56, out. 2014/ jan. 2015.

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

FITZ FF, RESENDE APM, STÜPP L, COSTA TF, SARTORI MGF, GIRÃO MJBC, CASTRO RA. Efeito da adição do biofeedback ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2012; 34(11):505-10

HAWTON K, CATALAN J. Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome. **Sex Marital Ther** 1990;5:39–48.

JANINI PJ, BESSLER D, VARGAS AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, Abr-Jun 2015.

LATORRE GFS, SELEME MG, RESENDE APM, STUPP L, BERGHMANS B. Ginástica hipopressiva: as evidências de uma alternativa a treinamento da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com déficit proprioceptivo local. **Rev. Fisioterapia Brasil**, Vol 12, n 6, nov/dez de 2011, p. 463-466.

MEANA M, BINIK YM, KHALIFE S, COHEN DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. **Obstet Gynecol**. 1997;90(4 Pt 1):583-9.

MASTERS WH, JOHNSON VE. **A incompetência sexual**. 2a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.

MENDONÇA, CR.; AMARAL, WN. Tratamento Fisioterapêutico das Disfunções Sexuais Femininas – Revisão de Literatura. **Rev. FEMINA**. Março 2011, vol 19, nº 3.

MOREIRA RLBD. Vaginismo. **Rev Med Minas Gerais** 2013; 23(3): 336-342.

MOREIRA RLBD. **Medicina e Sexualidade. Clínica e farmacomodulação do prazer sexual**. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.

NAPPI RE, FEDREGHINI F, ABBIATI I, VERCESI C, FARINA C, POLATTI F. Electrical stimulation (ES) in the management of sexual pain disorders. **J Sex Marital Ther**. 2003;29 Suppl 1:103-10.

PIASSAROLLI VP, HARDY E, ANDRADE NF, FERREIRA NO, OSIS MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2010, vol. 32, n. 5, p. 234-40.

PINHEIRO, MAO. O casal com vaginismo: um olhar Gestalt-terapia. **Rev IGT na Rede**. n. 6 v. 10, p. :91-143; 2009.

PUKALL C, LAHAIE MA, BINIK YM. Sexual pain disorders, pathophysiologic factors. **Goldstein-** 2005, 236-242. 10.1201/b14618-33.

SOUSA AMK, GARCIA BM, SILVA CL, FERREIRA JL, VIEIRA LCP, VIEIRA LRP, SOUZA LL, OLIVEIRA MT, ZANI HP, VENTO DA. Importância da anamnese para a fisioterapia: revisão bibliográfica. **RESU – Revista Educação em Saúde**. V4, nº 1, 2016. p. 114-119.

TOMEN A, FRACARO G, NUNES EFC, LATORRE GF. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. **Rev. Ciênc. Méd., Campinas**, 24(3):121-130, set./dez., 2015

WURN LJ, WURN BF, KING CR, ROSCOW AS, SCHARF ES, SHUSTER JJ. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. **MedGenMed**. 2004;6(4):47.

ZAHARIOU AG, KARAMOUTI MV, PAPAIOANNOU PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**. 2008;19(3):401-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-007-0452-3>