

A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo

The pelvic-floor physical therapy for the treatment of woman suffering from vaginismus

Amanda TOMEN¹
Giovanna FRACARO¹
Erica Feio Carneiro NUNES²
Gustavo Fernando Sutter LATORRE¹

RESUMO

O vaginismo é uma desordem sexual caracterizada por espasmos involuntários persistentes ou recorrentes da musculatura perineal e que interferem na relação sexual, levando ao comprometimento das relações interpessoais e conjugais da mulher. A fisioterapia é um recurso terapêutico recente na área da urologia e ginecologia e ainda são raros os estudos os quais abordam este tratamento para o vaginismo. Por causa disso, objetivou-se pesquisar a importância da fisioterapia pélvica e os recursos utilizados no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. Foi realizada uma revisão bibliográfica, tendo como base de dados Lilacs, *PubMed* e SciELO e incluindo teses, documentos legais e livros sobre o tema, entre os anos de 2001 e 2014. Quanto ao manejo da problemática, o fisioterapeuta se encontra preparado para abordar e tratar a queixa, pois é envolto de vários recursos e técnicas para compreender e abordar o vaginismo, ressaltando a importância do diagnóstico e de uma avaliação completa. Concluiu-se que a fisioterapia pélvica promove efeito significativo sobre a qualidade de vida e satisfação sexual de mulheres portadoras dessa desordem sexual.

Palavras-chave: Fisioterapia. Reabilitação. Vaginismo.

¹ Faculdade Inspirar, Pós-Graduação em Fisioterapia. R. Inácio Lustosa, 792, São Francisco, 80510-000, Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade do Estado do Pará, Curso de Fisioterapia. R. do Una, 156, 66050-540, Belém, PA, Brasil. Correspondência para/ Correspondence to: EFC NUNES. E-mail: <ericarneiro@yahoo.com.br>.

ABSTRACT

Vaginismus is a sexual disorder characterized by persistent or recurrent involuntary spasms of the perineal muscles that interfere with sexual intercourse, leading to impairment of marital and interpersonal relationships of women. Physical therapy is a new therapeutic approach in the field of urology and gynecology and, as yet, there are relatively few studies addressing the treatment for this sexual dysfunction. As a result, the objective of this study was to discuss about the importance of physical therapy for pelvic floor disorders and also to examine the resources used in the treatment of women with vaginismus. It was held a review of articles in the databases Lilacs, PubMed and SciELO, published between 2001 and 2014; in addition to theses, legal documents and books that address the issue. The results show that concerning the management of this disturbance, the physiotherapist is prepared to address and treat this complaint. It was also found that the practitioner is surrounded by multiple resources and techniques to understand and address the vaginismus, to carry out the diagnosis as well as the assessment process. To sum up, it was concluded that the pelvic-floor physical therapy promotes significant effect on the quality of life and on the sexual satisfaction of women with this dysfunction.

Keywords: *Physical therapy speciality. Rehabilitation. Vaginismus.*

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais e os distúrbios da resposta sexual podem trazer consequências para a saúde física e mental da mulher, levando à diminuição da qualidade de vida. Esses transtornos podem ser classificados em vaginismo, inapetência sexual, anorgasmia e dispareunia¹.

Vaginismo é uma desordem sexual caracterizada por espasmos involuntários persistentes ou recorrentes da musculatura perineal e que interferem na relação sexual². Esses espasmos impedem total ou parcialmente a penetração ou introdução do pênis, dedos, tampão, espéculo ginecológico ou outros objetos no canal vaginal, o que impossibilita e dificulta o coito ou mesmo o exame ginecológico^{1,3}. Apesar da mulher apresentar o desejo em ser penetrada, a ansiedade fóbica antes da penetração pode levar a contrações involuntárias dos músculos da pelve, dos adutores e de todo o corpo⁴.

Essa disfunção é um forte fator preditivo de problemas sociais, psicológicos, psiquiátricos, ginecológicos, psicanalíticos e sexológicos³. As mulheres portadoras do vaginismo relatam dor no momento ou depois da penetração e outros sintomas

como náusea, sudorese, dispneia e taquicardia em decorrência do medo, da tensão e do espasmo muscular involuntário^{5,6}.

O diagnóstico do vaginismo é feito por meio do exame físico, onde são verificadas alterações anatômicas, causas infecciosas, lubrificação inadequada e fatores psicológicos. A realização do exame torna-se difícil devido ao espasmo muscular decorrente da patologia⁵. Os estudos sobre o tratamento do vaginismo ainda são restritos e, por se tratar de uma disfunção que se apresenta como uma desordem muscular com um componente eminentemente cinesiológico-funcional, um dos tratamentos sugeridos é a fisioterapia pélvica^{4,6}.

A fisioterapia é um recurso terapêutico recente na área da urologia e ginecologia, por conseguinte são ainda raros os estudos que abordam este tratamento para o vaginismo⁷. Ainda, a ausência de um guia de prática clínica no tratamento dessa disfunção pelo fisioterapeuta pélvico abre espaço para um consenso pouco claro na literatura atual a respeito das técnicas a serem utilizadas clinicamente para esses casos. Estas últimas observações foram, por fim, a razão do presente estudo, que objetivou levantar as técnicas mais utilizadas atualmente em fisioterapia pélvica para o tratamento do vaginismo.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido por meio da revisão bibliográfica. A coleta dos dados foi realizada nos meses de maio a julho de 2014 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *PubMed*, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), em artigos científicos, monografias, dissertações, teses, documentos legais e livros que abordam o tema. Foram encontrados artigos científicos nos idiomas inglês, português e espanhol no período de 2001 a 2014.

Nas bases Lilacs, *PubMed* e SciELO, foram pesquisadas as palavras-chave "vaginismo", "fisioterapia" e "reabilitação", bem como suas variáveis em inglês. Após leitura do resumo e/ou artigos, foram excluídos os textos de revisão que abordavam outras doenças além do vaginismo, bem como todos aqueles em que a reabilitação foi baseada em métodos invasivos não praticados por fisioterapeutas. Os artigos selecionados foram analisados nos tipos de intervenção fisioterápica e nos resultados encontrados.

Na base SciELO, foram encontrados 410 artigos sobre vaginismo, sendo incluídos somente 24 - 386 foram excluídos por não apresentarem tratamento fisioterápico -, 5 monografias e 3 teses. Na base *PubMed*, foram encontrados 25 artigos, dos quais apenas 2 foram incluídos - 23 foram excluídos por serem artigos sobre tratamento médico. Na base Lilacs, a pesquisa apontou 47 artigos, sendo incluídos apenas 4 e 43 descartados por tratarem, em sua maioria, outras doenças.

RESULTADOS

Classificação e etiologia

O vaginismo pode ser classificado em primário e secundário, segundo McGuire & Hawton⁸. O primário é determinado quando a mulher é incapaz de manter relações sexuais devido às contrações involuntárias da parede da vagina. Já o secundário

ocorre quando a mulher eventualmente teve relações sexuais, porém não é mais hábil a mantê-las devido à mesma etiologia. É neste caso que o vaginismo, geralmente, vem acompanhado de dispareunia.

Essa disfunção não possui uma causa exclusiva e sim fatores para seu desenvolvimento. Dentre eles, podem ser citados: razões religiosas, traumas de infância, escutar ou assistir os pais tendo relação sexual e abuso sexual. Tudo isso pode despertar na mulher medo de ter relação sexual^{3,6,9,10}.

De acordo com Almeida *et al.*¹, a etiologia do vaginismo também está ligada a causas orgânicas, como: geniturinárias, infecciosas, neurológicas, vasculares, hematológicas, problemas psicológicos e genéticos. Ademais, também são considerados fatores etiológicos drogas com efeitos diuréticos, hormonais, tranquilizantes, sedativos, hipnóticos, bem como drogas ilícitas. Dentre as causas orgânicas e de grande interesse para fisioterapia, destaca-se a fraqueza da musculatura do assoalho pélvico que, dependendo da origem (constipação intestinal, tosse crônica, elevação constante de peso), também provoca disfunções sexuais devido à redução do tônus e o trofismo da musculatura¹¹. Segundo autores^{12,13}, existem ainda outros fatores, como a idade, raça, idade do parceiro, nível educativo, renda, condição marital, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, exercícios físicos, paridade, uso de anticoncepcional oral, menopausa, reposição hormonal, diabetes, hipertensão, depressão, doenças cardíacas, uso de drogas, cirurgias ginecológicas e presença de outra disfunção sexual.

Ressalta-se que fatores de ordem relacional, como a falta de estimulação apropriada do companheiro e a ausência de diálogo podem intervir negativamente na excitação sexual. Em um estudo¹⁴ realizado na Inglaterra com uma amostra de 979 mulheres, foi encontrada dificuldade de excitação sexual, apontando os companheiros como responsáveis.

Epidemiologia

Nos Estados Unidos da América, o *National Social and Health Life Survey*, um estudo desenvolvido

por Laumann *et al.*¹⁵ sobre as disfunções sexuais em 1.749 mulheres com idade entre 18 e 54 anos, apontou que 22% das participantes apresentavam disfunção do desejo sexual. Além disso, o estudo mostrou que essa alteração tende a decrescer com o aumento da idade. Catorze por cento da amostra exibiu perturbação da excitação sexual e 24% reportou queixas de anorgasmia. Entre 10 e 15% das entrevistadas referiu dor sexual. De acordo com um estudo realizado no Brasil por Abdo *et al.*¹⁶ com uma amostra de 1.219 mulheres, foi observado que a disfunção sexual atinge 49% delas com pelo menos uma queixa, tendo 23% relatado dispareunia.

Na área de fisioterapia, no estudo de Reissing *et al.*¹⁷ foi citado que 10 a 15% das mulheres tiveram experiência de algum tipo de dor na relação sexual, levando à suspeita de vaginismo. Outra investigação na mesma área constatou que aproximadamente 10 a 20% das mulheres que procuram assistência devido a alguma disfunção sexual padecem de vaginismo¹⁸.

Consequências para a mulher

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a felicidade sexual como uma condição essencial para a saúde e indispensável para a qualidade de vida da população mundial. Afirma ainda que a falta de prazer pode trazer danos, como insônia, mau humor, depressão e tensão constante¹⁹.

Além das consequências negativas trazidas por uma atividade sexual desagradável, como a depressão, angústias, raiva por motivos irrelevantes e brigas constantes, a mulher pode chegar a um quadro de verdadeira aversão sexual pela falta de prazer, podendo ter relações sexuais dolorosas ou mesmo evoluindo para um quadro de vaginismo²⁰. Em geral, considera-se que a mulher pouco sabe sobre os seus órgãos sexuais, conhecendo menos ainda os músculos do assoalho pélvico e o imenso valor que representam¹⁶.

Abordagem fisioterapêutica

O fisioterapeuta deve iniciar sua abordagem com uma boa avaliação, identificando as queixas

de sua paciente. Isso com o objetivo de descobrir a causa da disfunção⁴. Deve-se solicitar informações sobre o desejo sexual, nível de excitação, grau de lubrificação a qualquer percepção na área genital durante o ato sexual e sensação de entorpecimento, capacidade de atingir o orgasmo, presença de dor no momento do ato sexual, grau de satisfação com a relação, forma como é estimulada e sentimentos de intimidade emocional no ato sexual²¹.

Para uma avaliação determinante seguida de objetivos e condutas justificáveis, a realização do exame físico deve ocorrer e todas as etapas devem ser realizadas: inspeção no repouso e durante o movimento, palpação e provas de função muscular²².

A atuação fisioterapêutica se dá ao trabalhar a musculatura do assoalho pélvico de forma a conscientizar as mulheres da contração voluntária destes músculos, estimulando seu fortalecimento e relaxamento, bem como um maior ganho proprioceptivo^{6,23,24}. Em sua performance, esse profissional deve planejar programas específicos de intervenção para eliminação dos fatores de risco relacionados à incapacidade funcional e, dessa maneira, melhorar a qualidade de vida²⁵. O enfoque do tratamento comumente versa sobre a avaliação e o tratamento com a terapia cognitivo-comportamental, exercícios de fortalecimento muscular, terapia manual e de outras técnicas e modalidades²⁴.

Na pesquisa de Van Lankveld *et al.*²⁶ os achados constataram que a maioria dos terapeutas e das mulheres avaliaram que a cura foi alcançada quando é obtida a penetração sexual. O índice de cura baseado exclusivamente na penetração vaginal variou de 93,3 a 100,0%, mas, considerando a resposta sexual como um todo, esse índice diminuiu para 25,0%. Abdo & Fleury²⁷ afirmam que, para a fisioterapia alcançar bons resultados no tratamento de patologias do assoalho pélvico, é necessária a cooperação das mulheres durante o tratamento.

Cinesioterapia

A cinesioterapia consiste na realização de exercícios perineais com objetivo de restaurar a força,

função e conscientização da musculatura do assoalho pélvico, o que reflete na melhora da qualidade de vida, do estado psicológico e do bem-estar^{28,29}. O tratamento fisioterapêutico para o vaginismo incide no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico e dos músculos acessórios, como: adutores de coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares. O relaxamento pode ser realizado por meio de alongamentos e de exercícios respiratórios, conforme a necessidade da paciente⁴.

De acordo com Bianco & Braz³⁰, os exercícios de contração voluntária do assoalho pélvico levam a uma melhora da percepção e da consciência corporal e vascularização da região pélvica. A contração de um grupo muscular pode ser complexa, pois os músculos não estão visíveis; mas, por meio da visualização de uma representação simples da anatomia feminina, esse trabalho pode ser concretizado com êxito. Outra maneira interessante de melhorar a consciência dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) é solicitar que a mulher coloque os dedos sob o centro tendíneo do períneo e realize uma contração seguida de um relaxamento do mesmo³¹. Os exercícios de percepção local também podem ser ajudados por um espelho, pela bola terapêutica, por uma almofada pélvica e pelo fisioterapeuta, associando-os à respiração³².

O aprendizado ajuda a alcançar maior controle da musculatura vaginal e esses exercícios são essenciais para o prazer sexual da mulher e do homem, pois esta pode descobrir os movimentos, a intensidade e a velocidade que mais proporcionam prazer³³. Os exercícios devem feitos de varias formas e dependem dos problemas encontrados na avaliação, como a apresentação de sinergismos musculares ou contrações acessórias que evitem a contração isolada dos MAP. A posição exata da mulher centra na busca do isolamento da ação muscular do períneo, mantendo-o em posição de alongamento para melhorar a percepção da região³².

Matheus *et al.*³⁴ citam que de 30 a 50% das mulheres são impossibilitadas de contrair somente o assoalho pélvico imediatamente e que a conscientização da musculatura é de difícil aprendizado.

A investigação evidenciou que as participantes utilizaram de contrações acessórias, mesmo quando o ensino era de contrair somente a musculatura do assoalho pélvico, e que a consciência perineal está relacionada com o aprendizado por meio da imagem, da vivência, do movimento e da percepção dos diferentes grupos musculares perineais.

Para Moreno³⁵, a cinesioterapia do assoalho pélvico baseia-se no princípio de que contrações voluntárias recorrentes aumentam a força muscular. Esse resultado de força é obtido através da combinação do recrutamento de um grande número de unidades motoras, frequências pequenas e contrações sucessivamente mais fortes, com raras repetições diárias e aumento gradativo da intensidade da força e do tempo de contração. A cinesioterapia é o único método que não possui contraindicações.

Arnold Kegel, em 1948, propôs a reeducação perineal para o tratamento da hipotonia do diafragma pélvico. O autor estudou o músculo pubococcígeo para o tratamento da incontinência urinária de esforço e constatou que a disfunção orgasmica da mulher poderia ser imposta pela redução da força muscular. O exercício de Kegel pode ser associado ao uso de cones - pequenas cápsulas introduzidas na vagina para fornecer resistência e *feedback* sensorial aos músculos do assoalho pélvico à medida que se contraem^{35,36}.

Estudos idênticos foram concretizados por Rett *et al.*³⁷ e Capellini *et al.*³⁸, que empregaram exercícios do assoalho pélvico associados ao *biofeedback* eletromiográfico como recursos fisioterapêuticos na reabilitação perineal. Ambos descobriram melhora significativa, especialmente no que diz respeito à consciência corporal.

Segundo Moreno³⁵, a frequência do tratamento varia de duas a três vezes por semana, por um mínimo de três meses, tempo necessário para aquisição de hipertrofia e, por conseguinte, força muscular. Para conservar os resultados alcançados pela cinesioterapia, é importante que a mulher constitua um programa rotineiro após a conscientização dos grupos musculares envolvidos^{39,40}.

Eletronestimulação

Sobre o tratamento fisioterápico baseado na eletronestimulação, Kitchen⁴¹ afirma que se trata do emprego de correntes elétricas para fortalecer e reeducar os músculos, diminuir edema, aliviar a dor e restaurar feridas. Segundo Moreno³⁵, esse é o tratamento mais usado como complemento aos exercícios cinesiológicos e é recomendado como estímulo para despertar a consciência corporal, auxiliando a contração apropriada dos músculos do assoalho pélvico.

Rossella *et al.*⁴², ao pesquisarem os efeitos da eletronestimulação do assoalho pélvico no tratamento das dores sexuais, observaram que a capacidade de contração, bem como a capacidade de repouso e dor melhoraram, especialmente em mulheres com vaginismo. Também é possível que os efeitos positivos da eletronestimulação para a função sexual tenham ocorrido devido não só a uma maior eficácia na contração, mas a uma progressiva dessensibilização à dor. Apesar de no princípio da terapêutica a mulher se apresentar preocupada com o emprego da corrente elétrica, no transcorrer das sessões, a eletronestimulação se revelou eficiente na diminuição da dor e na percepção da contração muscular, causando grande melhora.

Antonioli & Simões⁴³ afirmam que a eletronestimulação deve ser considerada eficaz para proporcionar a conscientização do assoalho pélvico e para o reforço muscular. Sua maior vantagem é a de não apresentar efeitos colaterais quando comparado ao tratamento medicamentoso, apesar de algumas mulheres descreverem pequeno desconforto e irritação local.

No estudo sobre vaginismo realizado por Seo *et al.*⁴⁴, a eletronestimulação foi utilizada com um aparelho eletromiográfico associado simultaneamente ao *biofeedback*. Fizeram parte da pesquisa 12 mulheres avaliadas ao longo de 12 semanas em sessões de 15 minutos de duração. As participantes recebiam dilatadores vaginais de silicone de vários diâmetros para prática em domicílio, sendo orientadas a fazer os exercícios de dessensibilização

da região vulvar/vaginal. Aquelas que completaram o programa descreveram melhora significativa na satisfação sexual.

Na pesquisa feita por Nappi *et al.*⁴⁵, empregou-se a eletronestimulação funcional em 29 mulheres com vaginismo ou dispareunia. O tratamento durou 10 semanas com sessões semanais de 20 minutos e orientações de treinos para os músculos do assoalho pélvico, os quais precisariam ser feitos em casa, durante 20 minutos, três vezes por semana. Foi observada melhora na contração e no relaxamento da musculatura de assoalho pélvico em todas as participantes e redução da dor durante a relação sexual e retorno à atividade sexual em 50% das mulheres com vaginismo.

Biofeedback

Biofeedback, exposto por Kegel em 1948, é basicamente todo e qualquer enfoque que o fisioterapeuta emprega para conscientizar um doente de seu corpo e suas funções através de estímulos táteis, visuais, auditivos ou elétricos. É considerado um aparelho que mede, avalia e trata as disfunções neuromusculares, sendo competente na avaliação dos músculos do assoalho pélvico por monitorar o tônus em repouso, a força, a sustentação e outros padrões de atividade. Por causa disso, é eficaz para orientar a mulher no que diz respeito à melhora das contrações voluntárias da musculatura, beneficiando a prática do relaxamento^{35,46,47}.

Essas técnicas são igualmente empregadas para conscientizar a paciente de seu corpo e suas funções. Emprega-se ainda a eletronestimulação, pois é adequada para captar as fibras musculares de uma maneira mais acelerada. No vaginismo, de acordo com a corrente utilizada, ela pode auxiliar no relaxamento e alívio da dor^{48,49}.

De todas as intervenções de fisioterapia, somente o *biofeedback* passou por pesquisas controladas. Autores investigaram e concluíram que há aumento do tônus e diminuição da estabilidade muscular do pavimento pélvico em síndromes de dor vulvar. Foi evidenciada 50% de eficácia na redução

da dor vulvar utilizando esse método. Estudos posteriores obtiveram resultados similares⁵⁰. Uma investigação coreana apontou que a estimulação elétrica combinada com *biofeedback*, realizada em 12 mulheres com vaginismo, revelou que as pacientes obtiveram sucesso nas relações sexuais durante e após o tratamento⁴⁴.

Terapia manual

Terapia manual é constituída por um conjunto de métodos com intenção terapêutica ou preventiva, onde é aplicado toque ou manobra manual sobre os tecidos musculares, ósseos, conjuntivos e nervosos. Na maioria das vezes, é mais empregada no alívio de tensões (mobilização de pontos gatilhos), restrição de mobilidade, desvios mecânicos ou bloqueios funcionais⁵¹.

No caso do vaginismo, podem ser recomendados métodos manuais com a finalidade de desativar os pontos gatilhos, mas não devem ser a primeira opção de tratamento, pois as mulheres que têm essas patologias mencionam muita dor ao toque. O mais recomendado seria empregá-la após outro procedimento, como a eletroanalgesia, pois, dessa maneira, tem-se o alcance do alívio da dor e a retirada de tensão muscular, que são as principais causas dos sintomas⁶.

Segundo Prendergast *et al.*⁵¹, o fisioterapeuta deve analisar a existência de pontos gatilho e se estão cooperando para os sintomas. Os músculos identificados como principais determinantes de dor nos tecidos da vagina ou da vulva, por possuírem maior número de pontos gatilhos, são ísquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus. Após a localização dos pontos gatilho, existem métodos a serem seguidos para sua diminuição, dentre elas a compressão isquêmica, onde o fisioterapeuta comprime manualmente o ponto de dor por 60 a 90 segundos ou até sentir sua liberação.

Dilatadores vaginais

Na técnica de dilatação gradual, são colocados dilatadores de silicone ou de material

emborrachado lubrificadas no canal vaginal como sondas que podem ser insufladas. Primeiramente, os dilatadores devem ser pequenos; seu tamanho deve ser aumentado gradualmente, à medida que a tolerância da mulher também aumente. A técnica de dilatação também pode ser praticada usando os dedos^{51,52}. No momento em que os dilatadores estão inseridos na vagina, exercícios de fortalecimento da MAP podem ser realizados. Dessa maneira, o uso da técnica nos episódios de vaginismo pode cooperar para melhora do quadro, atenuando a sensibilidade à penetração e beneficiando a percepção da MAP pela mulher, o que lhe permite controle e relaxamento⁶. Encontraram-se alguns estudos citando o uso de dilatadores vaginais como opção de tratamento^{6,25} e, no entanto, os mesmos não forneceram evidências consistentes de intervenção no vaginismo.

Dessensibilização gradual

De acordo com Serra¹⁰, a dessensibilização é feita de forma progressiva, para não expor a mulher a situações que causem ansiedade. Esse processo é a terapêutica mais recomendada nos episódios de vaginismo e deve ser feito por meio de massagem (digito pressão e deslizamento), onde manobras miofasciais podem ser empregadas para relaxar os MAP e facilitar a penetração⁴.

Da mesma maneira, Lara *et al.*⁵³, em um estudo de revisão bibliográfica, verificaram que o tratamento do vaginismo deve ser feito pela dessensibilização lenta/contínua da musculatura perineal, de forma a conseguir o relaxamento muscular e, em seguida, seu fortalecimento.

Em seu estudo, Basson⁵⁴ relata que a experiência da fisioterapia recomenda exercícios de dessensibilização nos casos de vaginismo. Por meio de massagem intra-vaginal, busca-se relaxar os músculos do assoalho pélvico para promover a penetração. Os resultados conseguidos com a técnica no tratamento foram consideráveis no relaxamento e na dilatação vaginal, o que justifica o seu emprego.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que a fisioterapia promove efeito significativo sobre a qualidade de vida e satisfação sexual de mulheres com vaginismo. Foram encontradas diversas formas de tratamento para essas mulheres, ressaltando a importância do diagnóstico e de uma avaliação completa. Compreender e abordar esse tema deve fazer parte da rotina de atendimento à saúde da mulher, contribuindo para a melhora da qualidade de vida destas pacientes. Também foi possível observar que existe a necessidade de mais estudos para a discussão do tema abordado, especialmente a organização de ensaios clínicos controlados testando e comparando a eficácia das técnicas para que a prática clínica possa realmente ser baseada em evidência e, dessa forma, mais eficaz.

COLABORADORES

A TOMEN e G FRACARO colaboraram com o levantamento dos dados, EFC NUNES colaborou na análise dos resultados e revisão geral do artigo. G LATORRE fez a orientação do projeto.

REFERÊNCIAS

- Almeida NAM, Silva LA, Araújo N. Conhecimento de acadêmicas de enfermagem sobre disfunções sexuais femininas. *Rev Eletrôn Enferm.* 2005 [acesso 2014 maio 15]; 7(2):138-47. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Frasson E, Graziottin A, Priori A, Dall'Ora E, Didonè G, Garbin EL, *et al.* Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clin Neurophysiol.* 2009; 120(1):177-22.
- Moreira RLBD. Vaginismo. *Rev Med Minas Gerais.* 2013; 23(3):336-42.
- Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006.
- Brosens C, Terrasa S, Astolfi E. Actualización: vaginismo. *Evid Act Pract Ambul.* 2009; 12(3):102-3.
- Pinheiro MAO. O casal com vaginismo: um olhar Gestalt-terapia. *Rev IGT Rede.* 2009; 6(10):91-143.
- Girard AL. Vaginismo. In: Palma PCR, organizador. *Urofisioterapia: aplicações clínicas da técnica fisioterápicas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico.* 2ª ed. São Paulo: Personal Link Comunicações; 2014.
- McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; 2:CD001760. <http://doi.org/10.1002/14651858>
- Walker D. Introdução ao estudo da sexologia. 2006 [acesso 2014 nov 28]. Disponível em: <http://www.sitededanielwalker.com/p/livros.html>
- Serra M. Qualidade de vida e disfunção sexual: vaginismo [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009.
- Moura RVA, Brito TPC. Avaliação do grau de força do assoalho pélvico em mulheres com anorgasmia secundária [monografia]. Pará: Universidade da Amazônia; 2006.
- Thiel R, Thiel M, Palma P. Urologia feminina e medicina sexual: o que os médicos precisam saber. *Prat Hosp.* 2008; (56):37-9.
- Bessa ARS. Fatores associados às disfunções sexuais entre mulheres de meia idade da região norte do Brasil [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
- Luz JAA. A fisioterapia na disfunção sexual feminina [monografia]. Barcarena: Universidade Atlântica; 2009.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281(6):537-44.
- Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: Results of the Brazilian Study on Sexual Behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* 2004; 16(2):160-6.
- Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(5):261-74.
- Hawton K, Catalan J. Prognostic factors in sex therapy. *Behav Res Ther.* 1986; 24(44):377-85.
- Medeiros MW, Braz MM, Brongholi K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Fisioter Bras.* 2004; 5(3):188-93.
- Rojtenberg C. Anorgasmia. 2004 [acesso 2014 abr 17]. Disponível em: <http://www.sexologia.com.br/fanorgasmia.htm>
- Veiga AP. Orgasmo: querer e poder. *Rev IGT Rede.* 2007; 4(6):22-31.
- Palma PCR, Berghmans B, Seleme MR. *Urofisioterapia: aplicações clínicas da técnica fisioterápicas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico.* 2ª ed. São Paulo: AB Editora; 2014.

23. Moreira Junior ED, Glasser D, Santos DB, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: Data from the global study of sexual attitudes and Behaviors. *São Paulo Med J.* 2005; 123(5):234-41.
24. Rosenbaum T. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31(4):329-30.
25. Aveiro MC, Garcia APU, Driusso P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão de literatura. *Rev Fisioter Pesq.* 2009; 16(3):279-83.
26. Van Lankveld J, Kuile MM, Groot HE, Melles R, Nefs J, Zanderbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized witing-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol.* 2006, 74(1):168-78.
27. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006; 33(3):162-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000300006>
28. Rett MT. Incontinência urinária de esforço em mulheres no menacme: tratamento com exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
29. Barbosa LMA, Lós DB, Silva IB, Anselmo CWSF. The effectiveness of biofeedback in treatment of women with stress urinary incontinence: A systematic review. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2011; 11(3):217-25.
30. Bianco G, Braz MM. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. Universidade do Sul de Santa Catarina; 2004 [acesso 2014 maio 15]. Disponível em: www.fisiotb.unisul.br/Tccs/04b/geovana/artigogeovanabianco.pdf
31. 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; 33(5):234-40.
32. Henschel U. Fisioterapia em ginecologia. São Paulo: Santos; 2007.
33. Fluckiger K. Mulher e orgasmo. [acesso 2014 ago 13]. Disponível em: http://www.escelsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=732
34. 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.* 2006; 10(4):387-92.
35. Moreno AL. Biofeedback. In: Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. Barueri: Manole; 2004.
36. Santos IA. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária em pacientes submetidos a prostatectomia radical: revisão de literatura [monografia]. São Luís: Faculdade Santa Terezinha; 2004.
37. Rett MT, Simões JÁ, Herrmann V. Incontinência urinária de esforço em mulheres no menacme: tratamento com exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(4):228.
38. Capelinni MVMA, Ricetto CLZ, Palma PCR. Tratamento da incontinência urinária de esforço com biofeedback: análise objetiva e impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(4):230.
39. Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. 5ª ed. Porto Alegre. Artmed; 2006.
40. Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
41. Kitchen S. Eletroterapia prática baseada em evidências. São Paulo: Manole; 2003.
42. Rossella EM, Ferdeghini 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(1):103-10.
43. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurociênc.* 2010; 18(2):267-74.
44. 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.* 2005; 66(1):77-81.
45. Nappi RE, Ferdeghini 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.
46. Nagib ABL. Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 24(4):210-5.
47. Nolasco J, Martins I, Berquo M, Sandoval RA. Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: revisão bibliográfica. *Rev Digital.* 2008 [acesso 2014 dez 2]; 12(117). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd117fortalecimento-muscular-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>
48. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal: concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar. São Paulo: Manole; 2002.
49. Etienne AM, Waitman CM. Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: LMP; 2006.
50. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic

- biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*. 2001; 91(3):297-306.
51. Prendergast S, Rummer E, Kotarinos R. Treating vulvodynia with manual physical therapy. *Phys Ther*. 2008; 8(3):7-12.
52. Pinheiro MAO. O casal com vaginismo: um olhar da Gestalt-terapia. *Rev IGT Rede*. 2009; 6(10):99-143.
53. Lara LAS, Silva ACJRS, Romão APMS, Junqueira FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(6):312-21.
54. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005; 172(10):1327-33.

Recebido: agosto 10, 2015
Versão final: novembro 26, 2015
Aprovado: fevereiro 29, 2016