

FISIOTERAPIA NO VAGINISMO – ESTUDO DE CASO

Physical therapy on vaginismus – case report

Edilete Schafascheck¹, Anna Paula Lenzi Roedel², Erica Feio
Carneiro Nunes³, Gustavo Fernando Sutter Latorre⁴

¹Fisioterapeuta, pós-graduanda em Fisioterapia Pélvica pela Faculdade Inspirar. Florianópolis, SC, Brasil.

²Fisioterapeuta, pós-graduanda em Fisioterapia Pélvica pela Faculdade Inspirar. Florianópolis, SC, Brasil.

³Doutora em Ciências da Reabilitação. Professora da Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

⁴Fisioterapeuta pélvico, Mestre em Fisioterapia. Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil

Autor correspondente:

Gustavo. Sutter Latorre

Rua Silva Jardim 307 – Centro – Florianópolis, SC

Telefones (48) 99928299

E-mail: gustavo@perineo.net

► RESUMO

Contexto: O vaginismo é uma desordem sexual caracterizada por espasmos involuntários recorrentes ou persistentes da musculatura vaginal e interferem negativamente sobre a relação sexual da mulher. **Objetivo:** verificar os efeitos do tratamento fisioterapêutico sobre o vaginismo. **Métodos:** estudo de caso de uma paciente de 45 anos sem parceiro fixo, submetida à 10 sessões de 50 minutos de fisioterapia pélvica com TENS, calor superficial, massagem perineal, desativação de pontos-gatilhos e terapia vibração. A função sexual foi avaliada antes e depois pelo FSFI e a função do assoalho pélvico por protocolo funcional específico. **Resultados:** todos os parâmetros funcionais do assoalho pélvico apresentaram melhora significativa após o tratamento, mas não houve melhora na função sexual a não ser no domínio Orgasmo. Domínios desejo e excitação apresentaram tendência à piora. **Conclusão:** o protocolo proposto melhorou a função

do assoalho pélvico da paciente, mas não a função sexual. A troca de parceiros durante o andamento do tratamento pode indiciar que o parceiro apresenta um impacto importante sobre a função sexual da mulher com vaginismo, e o fato deve ser considerado em futuros estudos com esta população.

Palavras-chave: Vaginismo. Assoalho Pélvico. Disfunção Sexual, Fisiológica. Fisioterapia

► ABSTRACT

Background: Vaginismus is a sexual disorder characterized by recurrent or persistent involuntary spasms of the vaginal muscles and negatively interferes with a woman's sexual intercourse. **Aim:** to verify the effects of physical therapy on vaginismus **Methods:** Case report of a 45-year-old female patient with no fixed partner undergoing 10 sessions of 50 minutes of pelvic physiotherapy with TENS, superficial heat, perineal massage, trigger point deactivation and vibration therapy. Sexual function was assessed before and after by FSFI and pelvic floor function by specific functional protocol. **Results:** all functional parameters of the pelvic floor showed significant improvement after treatment, but there was no improvement in sexual function, except in the orgasm domain. Desire and excitement domains tended to worsen. **Conclusion:** the proposed protocol improved the function of the patient's pelvic floor, but not the sexual function. The exchange of partners during the course of treatment may indicate that the partner has a significant impact on the sexual function of the woman with vaginismus, and this fact should be considered in future studies with this population.

Key words: Vaginismus. Pelvic Floor. Sexual Dysfunction, Physiological. Physiotherapy

► INTRODUÇÃO

O canal vaginal é anatômica e fisiologicamente adaptado para o acoplamento ao pênis, permitindo que o ato sexual se desenvolva naturalmente. O hiato urogenital, abertura transfixada pelos canais uretra, vagina e reto, tem sua abertura regulada pela contração da musculatura do assoalho pélvico (MAP), de modo que esta contração aumenta as pressões internas nestes três canais, regulando as funções urinária, sexual e evacuatória¹.

A MAP normoativa deve ter a habilidade de contrair e relaxar ao comando e também de forma automática. Em algumas mulheres a MAP pode estar hiperativa, ou seja, a musculatura contrai propriamente, mas não relaxa como deveria: há uma falha importante no relaxamento, ativou e/ou automático^{2,3}. Deste modo, uma hiperatividade da MAP pode acabar impossibilitando a abertura do canal vaginal, em diversos graus. Graus mais severos desta hiperatividade podem acabar por impossibilitar a abertura do canal vaginal de modo suficiente à penetração.

De fato, ao se considerar a função sexual, a condição conhecida como vaginismo é caracterizada pela impossibilidade de penetração⁴. Esta condição, caracterizada por contrações recorrentes e persistentes da musculatura vaginal que interferem negativamente na atividade sexual, vem sendo descrita desde 1861, quando o termo foi cunhado pelo médico norte-americano James Sims⁵.

Disfunções sexuais como esta podem se estender além da esfera pessoal, nos âmbitos estrutural e funcional, restringindo atividades e participação por exemplo, acarretando problemas conjugais ao tornar frustrante o componente sexual da relação.

A etiologia do vaginismo é hoje considerada multifatorial. Podem haver origens físicas e/ou psicológicas influenciadas por fatores ambientais, traumas sexuais na infância ou doutrinas religiosas⁵. Mas independentemente da etiologia, os casos de vaginismo são caracterizados pela impossibilidade de penetração por conta de uma contração incontrollável da MAP⁴.

Apesar de se tratar de uma musculatura estriada esquelética, o controle da MAP não é tão simples como pode-se imaginar a priori. De fato, um terço das mulheres não consegue sequer contrair seu assoalho pélvico de forma voluntária⁶. Por outro lado, a fisioterapia pélvica hoje possui um algoritmo claro e objetivo de avaliação, capaz de identificar com acurácia o tipo de disfunção da MAP (hipoatividade, hiperatividade ou incoordenação), a partir de parâmetros como força, explosão, endurance e atividade involuntária². A partir desta avaliação estruturada, o plano de tratamento vai ser escolhido de forma específica para cada caso, de acordo com os parâmetros como problemáticos. Modernamente este tratamento se desenvolve em quatro etapas, também conhecidas como “Treino dos 4 Fs”, cronologicamente ordenadas de acordo com os princípios da aprendizagem motora: percepção cinestésica da contração, treino de coordenação motora, reforço muscular e treinamento funcional³. Deste modo, disfunções do assoalho pélvico podem ser identificadas com precisão e tratadas de modo satisfatório.

Apesar de o tratamento do vaginismo com fisioterapia ter sido descrito na literatura⁷, não há um consenso sobre as técnicas utilizadas. Por exemplo, nem todos os profissionais atuam hoje de acordo com os novos protocolos baseados em evidência^{2,3}. Ante o exposto, o presente estudo pretendeu verificar os efeitos do tratamento fisioterapêutico sobre o vaginismo, a partir dos protocolos de avaliação e tratamento mais recentes.

► METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com parecer nº 1.975.794. O tratamento de 10 sessões foi realizado entre o mês de março e abril em uma clínica particular de fisioterapia pélvica, localizada no município de Mafra, Santa Catarina, por uma fisioterapeuta pélvica.

Participou do estudo uma mulher de 48 anos, multípara, que relatou sentir dor durante as relações sexuais. Início do sintoma: desde que teve a primeira relação sexual, com 15 anos.

Na 1ª etapa do tratamento a participante passou por uma avaliação funcional de assoalho pélvico², em que foram realizadas a inspeção e palpação da MAP, pontuou a dor na escala quantificada na Escala Visual Analógica (EVA), e em seguida respondeu ao questionário The Female Sexual Function Index – FSFI.

A avaliação da MAP se deu por meio do toque bidigital para a verificação da força, endurance, a potência da MAP, além de avaliar o uso de musculatura acessória. A EVA pontua o grau de dor em uma escala de 0 e 10, classificados da seguinte forma: de 1 a 2 significa grau leve de dor; de 3 a 7 grau moderado; e de 8 a 10 dor máxima. O valor 0 significa ausência total de dor. O FSFI é composto por 19 questões divididas por domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor, para os quais existe um padrão de resposta para cada questão, pontuadas de 0 à 5 cada, de forma crescente à presença da função a ser questionada. Já nas questões que abordam o domínio da dor, a pontuação se dá de forma inversa⁹, variando de 2 a 36, escores mais altos sugerem um melhor grau de função sexual, mulheres que apresentam escores menores ou iguais a 26 devem-se considerar mais propensas a desenvolver uma disfunção se. Foi utilizado os escores de corte específicos para cada um dos seis domínios do instrumento: Desejo 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45, Orgasmo: 5,05, Satisfação: 5,04 e Dor: 5,51¹⁰.

A 2ª etapa consistiu no tratamento que consistiu em 10 sessões de 50 minutos cada, com frequência de 2 vezes semanal. Foram utilizadas as seguintes técnicas: TENS (Ibramed), termoterapia superficial localizada, liberação de pontos gatilhos, massagem perineal, alongamento da MAP e relaxamento vibratório.

Utilizou-se o seguinte parâmetro para uso da TENS: Paciente em decúbito lateral esquerdo, eletrodos posicionados nos paravertebrais entre

S2 e S4, regulando em 10Hz, com largura de pulso 250us, durante 20 minutos. A termoterapia superficial localizada foi realizada com emissor de infravermelho durante cinco minutos, paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica, colocado na região perineal. A liberação miofascial do musculo piriforme foi realizada com a participante em decúbito dorsal, membros inferiores estendidos, leve flexão de quadril, o terapeuta se deu a liberação de pontos gatilhos nos músculos ísquiocavernoso, bulboesponjoso e elevador do ânus com a compressão manual isquêmica do ponto de dor por 60 a 90 segundos ou até sentir sua liberação. A massagem perineal se deu com deslizamento e inibição muscular de pontos-gatilhos por digito-pressão por 10 minutos. O alongamento da MAP se deu pela palpação bidigital do canal vaginal ao nível dos músculos elevadores do ânus, a partir da qual a musculatura é alongada em seu sentido cinesiológico de contração em treino associado à respiração em quatro séries de cinco e por fim o relaxamento vibratório massageador terapêutico Peridell da marca Hot Flowers, usando a ponteira de menor calibre, sendo orientado o uso domiciliar do dispositivo da mesma forma que durante a sessão, no período de tratamento.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o excell.

► RESULTADOS

A participante compareceu a todas as sessões, sempre colaborativa e interessada, concluindo as dez sessões propostas pelo presente estudo sem quaisquer intercorrências. A dor de acordo com a escala EVA antes do tratamento era de 9 e após o tratamento passou a ser 5. A evolução da função sexual antes e após o tratamento, de acordo com os escores do FSFI, são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que o escore geral melhorou, contudo, a participante ainda é classificada com disfunção sexual, de acordo com o FSFI.

Por outro lado, a função do assoalho apresentou melhorias funcionais importantes nos parâmetros força, endurance, explosão e uso de musculatura acessória, conforme exposto na figura 1.

Tabela 1: Escores do FSFI mostrando a evolução da função sexual da paciente antes e após as 10 sessões de fisioterapia pélvica proposta.

Domínio	Escore do FSFI	
	Antes	Depois
Desejo	3,0	1,2
Excitação	2,4	2,4
Lubrificação	1,5	1,2
Orgasmo	2,8	3,6
Satisfação	2,8	2,8
Dor	2,0	2,0
Total	14,5	13,2

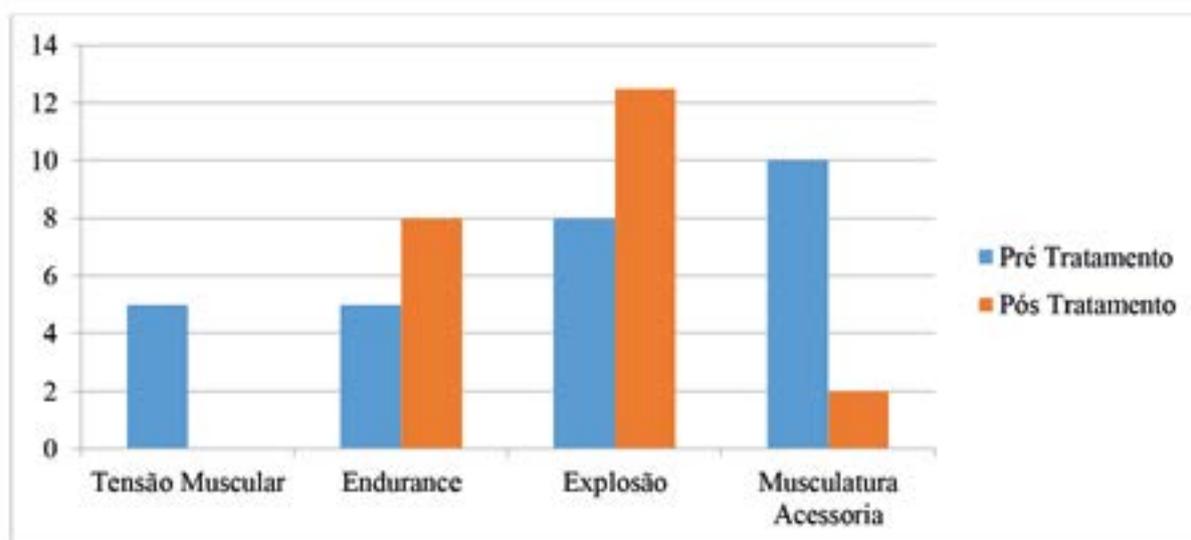


Figura 1: Evolução dos parâmetros funcionais do assoalho pélvico antes e após o tratamento proposto.

► DISCUSSÃO

O tratamento do vaginismo é complexo, tanto pela falta de diagnóstico preciso quanto pelo fato de assunto ainda ser tabu em nossa sociedade. Estas observações estão de acordo com aquelas de Pereira et al.⁹.

Apesar de a paciente estudada ter apresentado melhora na funcionalidade do assoalho pélvico, os parâmetros de função sexual avaliados pelo FSFI não apresentaram suficiente melhora após o tratamento. Uma das situações que pode ter colaborado para este resultado é o fato de a paciente em questão não apresentar parceiro fixo, tendo trocado de parceiros no decorrer do tratamento. As degenerações observadas nos domínios Desejo e Lubrificação poderiam ser explicadas por este fato, já que se tratam de variáveis para as quais o emocional é fundamental⁴.

O domínio orgasmo apresentou melhora, o que é compatível com a melhoria funcional do assoalho pélvico observada após o tratamento. Esta observação está de acordo com as de Lowenstein et al.⁹ e Piassaroli et al.¹⁰, que demonstraram que a melhoria funcional do assoalho pélvico, especialmente no parâmetro força, melhoram a função sexual feminina.

A melhoria funcional do assoalho pélvico, mesmo que significativa, não foi capaz de aumentar de modo significativo a função sexual da paciente com vaginismo estudada, não havendo diferença significativa no escore total de função sexual do FSFI, que tendeu inclusive à degeneração (de 14,5 para 13,2), demonstrando que, apesar do aumento no domínio Orgasmo, a importância do parceiro na função sexual da mulher vitimada pelo vaginismo parece ser fundamental. Esta intrigante questão merece ser estudada mais à fundo, e questões a respeito da satisfação com o parceiro e se a mulher apresenta parceiro fixo ou múltiplos deve ser levada em consideração em estudos sobre a função sexual desta população.

► CONCLUSÃO

O protocolo de fisioterapia pélvica multimodal proposto melhorou a função do assoalho pélvico da paciente vitimada pelo vaginismo, mas não foi capaz de melhorar a função sexual desta paciente. A presença de múltiplos parceiros pode influenciar negativamente a função sexual de mulheres com vaginismo, mas este tema necessita ser avaliado mais a fundo.

► REFERÊNCIAS

1 Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. Manuscrito para Annals of The New York Academy of Sciences, fevereiro de 2007.

2 Bernards AT, Berghmans BC, Slieker-Ten Hove MC, Staal JB, de Bie RA, Hendriks EJ. Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. Int Urogynecol. Int Urogynecol J. 2014 Feb;25(2):171-9.

3 Bo K, Berghmans B, Morkve S, Vankonpen M. Evidence – Based Physical Therapy for pelvic floor: Bridging science and clinical practice. 2 ed. London: Churchill Livingstone, p.446, 2015

4 Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in womem. J Sex Med. 2010 Jan;7(1 Pt 2):314-26.

5 Palma PCR. Urofisioterapia Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 2 ed., São Paulo, 2014.

6 Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomized, controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in womem. BMJ. 1999; 20318(7182): 487-493.

7 Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. *J Sex & Marital Ther* 2013; 39(4):306-320.

8 Pereira Junior AG, *Souza DC da S, Leite L dos A*. O vaginismo como problema de saúde a ser resolvido na ótica fisioterapêutica e multidisciplinar: uma revisão narrativa. *Ciência em movimento*. 2014; XVI (33): 93-99.

9 Lowenstein L, Gruenwald I, Gartman I, Vardi Y. Can stronger pelvic floor muscle improve sexual function? *Int Urogynecol J*. 2010(21)553-556.

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; 32(5):234-40.