



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Aline Santiago Luiz
Ana Paula Nascimento
Anthony de Freitas de Sousa
Ashiley Lacerda Ribeiro
Bárbara Polli
Brhayan Decosta da Silva
Bruno Eduardo Lara da Silva
Camila Barcellos
Carolina Bonatto do Amarante
Carolina Zanfir Ferreira
Caroline dos Passos
Christofer Adiel Bernstein
Daniela Vargas de Souza
Danielle Mattos Pereira
Débora Milene Ferreira Alves
Diéssy dos Santos Borniger
Eduardo Rockenbach Cidade
Eduardo Stürmer da Silva
Eric do Nascimento Sutil
Felipe Brittes Rott
Felipe Jung Spielmann
Felipe Schütz
Fernanda Engel Gandolfi
Gabriel Schuch Schulz
Guilherme Fernandes Gonçalves
Guilherme Gonzaga Vaz
Gustavo Guimarães
Gustavo Hauenstein
Haniel Bispo de Souza Maranhão
Hellen Dittrich de Assis
Hilter Martin Silva Peña
Igor Ongaratto Scherer

Isabel Meneghetti Coimbra
Isabela Abreu Brinckmann
Isabela Lazzarotto
Ismael Roque Pereira
Jeovana Ceresa
Jéssica Limana
Joanna Thayná C. Lopes Gonçalves
Josué Faustini Centenaro
Juliana Barros Rodrigues
Julio Cesar F. Bertoloto
Kandara Caroline Borges Souto
Laércio Araújo
Laís Santos Dias Gomes
Larissa Horos Bueno
Laura Chuang
Laura Ferrarese Brum
Laura Fontana Steinmetz
Lia Grub Becker
Lucas França Viana
Lucas Uglione da Ros
Marcelo Garroni
Marcelo Henrique Machado
Maria Isabel Schreiber
Mayra Angélica de Souza Antunes
Milena Nunes Pinto
Nicole Mastella
Paola Andressa Ribas
Patrícia Gabriela Riedel
Pedro Henrique Vargas Jesus
Pedro Roberto Bandeira Garcia
Rafael Lopes da Rosa
Renata Fogaça Borges
Ricardo Horn Oliveira

Rodrigo Martins Teixeira
Rosa Maria Moreno Barbosa
Stefon Kareem de Coteau
Thiago Bastos Vasconcelos
Victor Matheus O. Marques
Vinícius Lovison
Vitória Fedrizzi Sakai
Monitores PPSM 2021/2
Ariadne Garcia Leite
Arthur Becker Simões
Giovanna Sandi Maroso
Juliana da Silva Uhlmann
Júlia Stüker
Laura Motta Bellan
Leticia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Ana Selma Bertelli Picoloto
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Eduardo Pandolfi Passos
Helena von Eye Corleta
Janete Vettorazzi
Jaqueline Neves Lubianca
João Sabino da Cunha Filho
José A. de Azevedo Magalhães
José Geraldo Lopes Ramos
Márcia Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Maria Lúcia Oppermann
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. de Almeida Martins Costa
Solange Garcia Accetta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Porto Alegre 2022
UFRGS

Tratamentos do vaginismo: uma revisão da literatura

*Danielle Mattos Pereira
Eduardo Stürmer da Silva
Milena Nunes Pinto
Ricardo Horn Oliveira
Leticia Zanotelli Fernandes
Janete Vettorazzi*

Classicamente, o vaginismo era definido estritamente como um transtorno caracterizado pela contração involuntária dos músculos da vagina que acaba dificultando ou até mesmo impossibilitando a relação sexual. Nas últimas décadas, alguns estudos que usaram essa definição de vaginismo não encontraram reais evidências da ocorrência obrigatória de um espasmo muscular vaginal (11). Hoje, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua versão mais recente (DSM-5), define vaginismo como um Transtorno de Dor Gênitó-Pélvica/Penetração (DGPP), classificação que também inclui dispareunia (45). Medo, ansiedade e pânico podem ou não se manifestar conjuntamente a essa condição (11).

As estimativas de prevalência ficam em torno de 5-17% (3), embora não tenham sido realizados estudos epidemiológicos de grande escala, o que gera discrepâncias nos números. Enquanto alguns autores afirmam que se trata de uma condição rara, outros (como Simons e Carey, 6) alegam que o vaginismo é um transtorno sexual extremamente prevalente entre as mulheres (22).

Ao realizarmos essa revisão de literatura, procuramos captar e resumir o que há de mais relevante no que diz respeito ao vaginismo. O foco principal da revisão foi o tratamento dessa patologia e suas aplicações no Sistema Único de Saúde (SUS), dando atenção à comparação entre os tratamentos clássicos e as formas

menos tradicionais. Por fim, objetivou-se criar um possível modelo de atendimento para as participantes em um contexto de SUS.

Diagnóstico

Esse transtorno já contou com diversos métodos de diagnóstico ao longo dos anos, não existindo consenso em relação ao papel da contração muscular na confirmação de vaginismo e nem sobre quais músculos estariam envolvidos, além de não existir um protocolo de diagnóstico empírico e padronizado para avaliar o espasmo muscular vaginal (11). Tem-se, nos dias de hoje, a confirmação de DGPP na presença de um ou mais dos sintomas a seguir por mais de seis meses: importante dificuldade de penetração vaginal durante a relação sexual, dor na região vulvovaginal/pélvica durante a relação sexual, ansiedade/medo de sentir dor na região vulvovaginal/pélvica durante a penetração, contração dos músculos da pelve durante uma tentativa de penetração (45).

Os critérios adicionais são similares àqueles presentes em outras disfunções sexuais: os sintomas não serem explicados por outro distúrbio não-sexual e causarem sofrimento e problemas de relacionamento significativos, além de não serem atribuídos a efeitos de alguma substância ou condição médica (33).

Classificação

Quanto à classificação, Lamont, JA. propôs, em 1978, uma divisão em quatro graus, baseando-se no exame ginecológico e na história apresentada pela paciente (1):

- grau 1: paciente é capaz de relaxar para o exame pélvico;
- grau 2: paciente não é capaz de relaxar para o exame pélvico;
- grau 3: paciente recua com a tentativa de exame pélvico; há a elevação das nádegas;
- grau 4: paciente recua com vigor durante tentativa de exame pélvico, aduzindo as coxas e movimentando-se para trás.

Há, ainda, a definição de “grau 5”, elaborada por Pacik, PT., na qual é descrita a forma mais severa de vaginismo. Nesse último nível, a paciente recua vigorosamente em tentativa de exame pélvico, apresentando uma ou mais das seguintes manifestações: palpitação, hiperventilação, transpiração, tremor, grito, histeria, desejo de pular da maca/cama, sentimento de inconsciência, náusea, êmese, desejo de atacar o profissional de saúde, entre outras (25).

Não obstante, o DSM-V2 traz também a classificação de vaginismo em dois subtipos: ao longo da vida (quando a perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa) e adquirido (quando a perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal) (2). Pode-se, ainda, enquadrar o transtorno em leve, moderado e grave, dependendo de quanto sofrimento a condição causa na paciente (2).

Metodologia

A fim de coletar os artigos que iriam compor a base de dados desta revisão de literatura, buscou-se produções bibliográficas em algumas plataformas - são elas: PubMed®, MEDLINE®, LILACS®, Portal de Periódicos CAPES® e Google Scholar®. Inicialmente, pesquisou-se por artigos que foram publicados a partir do ano de 2010 nas línguas portuguesa e inglesa. Logo após, abriu-se uma exceção para algumas poucas produções divulgadas antes dessa data, apenas para fins de coleta de artigos com dados epidemiológicos e de classificação.

Ainda na procura de produções científicas, selecionamos os textos de acordo com algumas palavras/locuções chaves que foram utilizadas nas pesquisas efetuadas. São elas: “vaginismus”, “vaginismus treatment”, “vaginismus epidemiology”, “vaginismus review”, “vaginismus diagnosis”, “vaginismus case report”. Utilizamos estudos com ensaios clínicos, relatos de caso, estudos transversais e outros formatos de artigo.

Resultados

Um dos maiores problemas subjacentes à implementação de diretrizes padronizadas para o tratamento de vaginismo é a já mencionada imprecisão do termo, decorrente em grande parte do fato de o diagnóstico ser realizado a partir de um agrupamento de sintomas, o que destoia da prática médica tradicional, como já pontuado por Thomas Insel, ex-diretor do National Institute of Mental Health (37) (inclusive, a revisão da literatura realizada por Reissing et al em 1999, cujo título "O vaginismo existe?"(4) questiona a própria existência da doença). A falta de consenso em torno de uma definição específica, sinais e sintomas patognomônicos e, conseqüentemente, de uma concordância em relação a o que constitui um quadro clínico de vaginismo tem ramificações extensas: dificulta a pesquisa orientada para o esclarecimento de uma etiologia específica e para o descobrimento de tratamentos eficientes e acessíveis. Em função disso, uma ampla gama de condutas já foi e ainda é estudada (11), variando desde práticas fundamentadas na concepção de vaginismo como uma condição primariamente psicossomática (como psicoterapia de diversas vertentes e hipnotismo) a tratamentos que agem quase que exclusivamente sobre processos biológicos e mecânicos (fisioterapia da região pélvica, tratamentos farmacológicos, dilatação e intervenção cirúrgica, embora a última tenha caído em desuso). A associação de diferentes formas de tratamento também se mostrou eficiente em alguns casos.

Dada essa conjuntura, a busca por um tratamento adequado é realizada de forma multidisciplinar, com intervenções de diversas áreas tendo obtido resultados positivos. Nessa seção do texto, discutiremos acerca de diversos estudos que analisaram a eficácia dessa variada série de condutas a fim de esclarecer quais são hoje as medidas mais acessíveis e eficazes na diminuição ou eliminação de sintomas.

- *Psicoterapia*

A primeira linha mencionada, psicoterapia, hipnose e outras intervenções de saúde mental, sofreu muitas alterações nas

últimas décadas. Na década de 70, durante a re-popularização da concepção de doenças mentais como primariamente biológicas em sua natureza (37), ocorreu uma guinada em direção ao uso de terapia cognitivo-comportamental (TCC) como principal prática terapêutica no tratamento de vaginismo (11). Isso ocorreu em detrimento da utilização de terapia psicanalítica, uma vez que se observou que o tratamento do transtorno, quando orientado pelas práticas de TCC, era mais eficiente e mais simples de ser realizado. Tendo sua base teórica orientada primariamente à resolução de problemas (diferentemente de práticas humanistas (30) e psicanalíticas (24), por exemplo), a TCC, sendo da linhagem de técnicas baseadas em evidências (21), utiliza técnicas de raciocínio hoje muito associadas à medicina (16) para a investigação da doença e determinação de tratamento. No caso do vaginismo, o tratamento inclui educação sexual, exercícios de relaxamento, exposição gradual e terapia cognitiva (8). A utilização de intervenções nessa área é estruturada pela concepção teórica de vaginismo como sendo causado por, entre outras coisas, medo ou aversão a relações sexuais possivelmente enraizado em casos de abuso, trauma ou normas sociais em relação a sexo em diferentes culturas, tanto societais quanto familiares (9). Nota-se que a utilização de psicoterapia como conduta única de tratamento demonstra melhores resultados em casos menos graves, enquanto em casos mais severos normalmente se mostra necessário algum outro tipo de intervenção associada a fim de se obter uma reversão completa do quadro (11).

- Fisioterapia

A abordagem fisioterápica apresentou alguns dos resultados mais universalmente positivos entre mulheres com vaginismo (15), sendo que diversas modalidades de tratamentos podem ser aplicadas, como exercícios de Kegel, exercícios de relaxamento por respiração, biofeedback, movimentos com as mãos e dedos (do profissional, parceiro, ou da própria paciente) e uso de dilatadores (20, 31, 41, 45). O sucesso parece explicado não somente por reversão dos processos orgânicos do assoalho pélvico que resultam em contração excessiva e dor (35), mas também por estabelecer uma associação saudável entre a mulher e sua sexualidade, fazendo-se uso de sessões educativas sobre a

anatomia da vulva e da vagina e sobre a fisiologia do ato sexual (20). Essa abordagem se mostrou importante no enfrentamento do pânico relacionado à penetração, um dos sintomas centrais da doença.

Apesar de ser uma grande aliada no tratamento, percebemos uma falta de ensaios clínicos randomizados de larga escala que buscassem comprovar os benefícios da fisioterapia como tratamento exclusivo do vaginismo. Em ensaio clínico randomizado de 2018 (39) foi encontrado melhores resultados para o tratamento com fisioterapia (método combinado de: educação sobre anatomia, massagem da região perineal, exercícios respiratórios e inserção dos dedos na vagina), quando comparado ao tratamento com toxina botulínica, que vem sendo testado e será abordado posteriormente nessa revisão.

- Procedimentos

Na última década, um dos procedimentos mais explorados no tratamento do vaginismo vem sendo a aplicação de neurotoxina botulínica (BoNT) na musculatura da parede vaginal. Além da função paralítica que pode inibir as contrações involuntárias da musculatura pélvica, a BoNT também apresentou resultados no controle da dor neuropática (32) e, com isso, justifica-se seu uso experimental no tratamento das disfunções sexuais com dor. Assim como os demais tratamentos encontrados, há uma carência de ensaios clínicos randomizados em larga escala que elucidem o papel dessa intervenção no tratamento do vaginismo. Um ensaio clínico não controlado feito em 2017 (31) com uma grande coorte de 241 mulheres, muitas com tentativas de tratamento fracassadas, obteve bons resultados (71% realizaram relação sexual penetrativa sem dor) no uso conjunto da BoNT (2 aplicações de 50U) sob sedação, injeção de anestésico e de dilatação com uso de dilatares imediatamente no pós procedimento e após a alta para casa por até um ano. Outro ensaio clínico randomizado já apresentado anteriormente (39), realizado em 2018 com 74 mulheres diagnosticadas com vaginismo grau III, comparou o uso isolado da BoNT (150 à 400U) com o tratamento fisioterápico, sendo que os resultados favoreceram a fisioterapia.

Além da neurotoxina botulínica, diversos outros procedimentos foram experimentados ao longo da história do tratamento das disfunções sexuais, incluindo cirurgias invasivas como himenotomia e episiotomia. Esses métodos, atualmente, são reservados para casos em que é confirmado a presença de rigidez do hímen como causa de dor, e não parecem beneficiar a grande maioria das mulheres com vaginismo (5). Outras novas intervenções surgiram na tentativa de tratar essa condição, sendo que um relato de caso publicado na Revista Brasileira de Anestesiologia em 2017, apresentou uma paciente com vaginismo tratada com infiltração do nervo pudendo e radiofrequência fracionada, mas o sucesso do tratamento foi somente parcial, com persistência da dor limitada ao fundo vaginal. No 13º mês pós-procedimento, a intervenção foi repetida por intensificação dos sintomas, com sucesso (27). Adicionalmente, um ensaio clínico piloto de 2020 (42) avaliou 15 mulheres diagnosticadas com vaginismo, tratadas por meio de bloqueio do plano do eretor da espinha (ESPB), técnica que consiste em injeções de anestésico local guiadas por ultrassom profundamente aos eretores da espinha (40). O ESPB foi combinado com dilatação vaginal progressiva com uso de dilatadores, e obteve sucesso de 73% após a primeira aplicação e 93% após a segunda aplicação. Contudo, devido à pequena amostra do estudo, não é possível determinar a eficácia do método sem informações adicionais.

Discussão

Essa revisão da literatura sobre os tratamentos do vaginismo levantou algumas questões a serem aprofundadas no que diz respeito à falta de consenso sobre a definição da doença, aos parâmetros de sucesso do tratamento, à qualidade das evidências encontradas, à viabilidade de reprodução dos resultados no contexto sócio-econômico do sistema de saúde brasileiro e ao desenvolvimento de um plano de tratamento eficaz e flexível.

Dificuldades acerca da definição do vaginismo

Como antes apresentado, a definição do vaginismo enquanto disfunção sexual sofreu diversas modificações no último século, o que parece ser consequência de um conjunto de fatores. Primeiramente,

Tabela 1. Revisão dos achados em estudos sobre o tratamento do vaginismo, de 2011 a 2021.

Autor (ano)	Delimitação do estudo	Amostra (n)	Método diagnóstico	Avaliação da severidade (Lamont)	Tratamento (n)	Desfecho primário	Taxa de desistência	Resultado	Seguimento
Reza Pourhosein & Zeynab Bakarami Ehsan. (2011)	relato de caso	1	já estabelecido no momento do estudo	não	técnica de relaxamento por uma semana, seguida de hipnoterapia e transe positivo	relação sexual penetrativa	não se aplica	sucesso	3 meses, sucesso mantido
Harish <i>et al.</i> (2011)	relato de caso	1	já estabelecido no momento do estudo	não	5 sessões de terapia sexual (modelo de Keith Hawton), além de exercícios de Kegel, dilatação vaginal com inserção dos dedos, e uso de anestesia local com gel de lidocaína (5%). Pareado com prescrição de Escitalopram 10mg.	relação sexual penetrativa sem dor	não se aplica	sucesso	9 meses, paciente pode cessar o uso do anestésico e dos antidepressivos
Reissing <i>et al.</i> (2013)	estudo transversal retrospectivo	49	já estabelecido no momento do estudo	não	sessão educativa, biofeedback, exercícios de fisioterapia com método "stop"; uso de dilatares (média 29 sessões)	relação sexual penetrativa	não informado	sucesso de 100%	não informado
Ter Kuile <i>et al.</i> (2013)	ensaio clínico randomizado	70	questionário padronizado e exame ginecológico	não	3 sessões de 2 horas de terapia expositiva assistida por terapeuta, em hospital	relação sexual penetrativa	10%	sucesso de: 88,6% no grupo intervenção 0% no grupo controle	3 meses, sucesso mantido
Zarski <i>et al.</i> (2017)	estudo piloto randomizado	77	DSM-IV-TR	não	10 sessões guiadas de autoajuda, pela internet	relação sexual penetrativa	31,17%	sucesso de: 34,48% no grupo intervenção 20,69% no grupo controle	6 meses, dados pouco confiáveis por perda de amostra
Pacik <i>et al.</i> (2017)	ensaio clínico não controlado	241	questionário padronizado, FSFI, consulta online	sim, sem estratificação para a análise dos resultados	aplicação de toxina botulínica e bupivacaína; uso de dilatares sob anestesia e no pós-procedimento, com aconselhamento em grupo	relação sexual penetrativa sem dor	não informado	71% coito sem dor 97,2% coito em um ano	mínimo de um ano, sem informação de mudança em resultados
Carvalho <i>et al.</i> (2017)	relato de caso	1	exame ginecológico	não	radiofêquência fracionada e infiltração de ropivacaína e acetado de metiprednisolona	cessação dos sintomas	não se aplica	sucesso parcial, diminuição da intensidade dos sintomas	13 meses, procedimento realizado novamente após por recidiva dos sintomas
Yaraghi <i>et al.</i> (2018)	ensaio clínico randomizado	74	DSM-V	sim, pacientes somente com grau 3 ou 4	aplicação de toxina botulínica (intervenção) comparado com fisioterapia (controle)	"relação sexual bem-sucedida"	21,22%	sucesso de: 66,67% no grupo intervenção 92,86% no grupo controle	não informado
Zgheb <i>et al.</i> (2019)	série de relatos de casos	caso 01	exame ginecológico	não	terapia cognitivo-comportamental individual e em família	gravidez	não se aplica	sucesso	não informado
		caso 02	já estabelecido		terapia cognitivo-comportamental individual e em casal	vida sexual satisfatória		sucesso	
		caso 03	história sexual		terapia cognitivo-comportamental individual e em casal	relação sexual penetrativa		sucesso	
		caso 04	história sexual		terapia cognitivo-comportamental individual	cessação do pânico sexual		sucesso parcial	
Bekate Mahabud & Bostani Khalesi Zahra. (2019)	série de relatos de casos	6	não especificado	não	4-6 sessões de 45-60 minutos de psicoterapia em casal	relação sexual penetrativa	0%	sucesso de 83,33%	4 semanas, sucesso mantido
Aylan <i>et al.</i> (2020)	ensaio clínico randomizado	62	avaliação psiquiátrica, exame ginecológico, FSFI	sim (Lamont & Pacik), pacientes somente com grau 2 ou maior	dilatação com uso dos dedos (FTG) comparada com dilatação com uso de dilator de vidro (DTG)	relação sexual penetrativa sem dor	15,62% FTG 43,33% DTG	sucesso de: 84,27% com dilator 56,67% com dedos	não informado
Yilmaz <i>et al.</i> (2020)	estudo piloto não controlado	15	descrição de impossibilidade de relação sexual por dor	sim (Lamont-Pacik), sem estratificação para análise dos resultados	bloqueio do plano do eretor da espinha, seguida de dilatação progressiva com dilatares de plástico	relação sexual penetrativa	0%	sucesso inicial de 73,33% 4 pacientes necessitaram de reintervenção, 3 destas com sucesso	não informado
Sevil Kiremitli & Tunay Kiremitli. (2021)	ensaio clínico não controlado	91	DSM-V, FSFI	sim, com estratificação para análise dos resultados	4 sessões com ginecologista, exercícios de Kegel e exercícios de respiração; dilatação com os dedos, mídias informativas sobre masturbação e posições sexuais (91) sessões extras com uso de dilatares de silicone	relação sexual penetrativa sem dor	2,20%	grau 1 = 100% grau 2 = 95,2% grau 3 = 92,1% grau 4 = 92% total = 93,4%	12 semanas pós-coito, mudanças somente nos desfechos secundários (FSFI)

existe uma lacuna na comunidade médica na área de distúrbios sexuais, mais notável ao falarmos de distúrbios femininos, reflexo tanto da pouca importância dada à saúde sexual como marcador da qualidade de vida, quanto do conservadorismo que por tanto tempo atravancou a existência de espaços para pesquisas sobre o assunto.

A inexatidão da etiologia única do vaginismo também prejudica o estabelecimento de uma definição clara. Os fatores etiológicos podem ser divididos entre biológicos, psicológicos e relacionais, e frequentemente coexistem (33). Normalmente, mulheres com DGPP têm maior probabilidade de possuírem um histórico de abuso físico, sexual ou emocional (28). Junto a isso, existe também a hipótese de que há uma desregulação do sistema nervoso central induzida por estresse, causando o aumento da percepção da dor, sintoma importante da DGPP. Essa hipervigilância somática junto com a dor, o medo e pensamentos negativos relacionados a experiências sexuais prévias levam a um padrão de evitação da penetração (33). O contexto cultural e religioso tem papel importante nessa desregulação, sendo que em sociedades nas quais a virgindade é abertamente valorizada e o sexo é assunto evitado, quando não proibido, as taxas de vaginismo se acentuam, e o tratamento se torna mais complicado (34).

Assim, torna-se mais transparente a necessidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas completas, que levem em consideração os diversos aspectos, aqui mencionados, envolvidos no desenvolvimento do vaginismo.

Parâmetros de um tratamento bem sucedido

Outro ponto a ser problematizado é o uso da ocorrência de relação sexual penetrativa como desfecho primário em artigos que analisam o tema. Ter sido possível a penetração não exclui a existência de dor e não indica aumento da qualidade de vida da mulher em tratamento. A satisfação sexual em mulheres é complexa, e determinar melhora dos padrões que a compõem requer um conjunto de instrumentos bem aplicados, principalmente em mulheres com vaginismo, em que a dor e a incapacidade de realizar penetração são acompanhadas por sentimentos de pânico e nojo da própria genitália e da autoexploração (14).

Uma das soluções para a necessidade de um método objetivo de medição de qualidade sexual em mulheres, foi o desenvolvimento do Female Sexual Function Index (FSFI), um questionário composto por 19 questões divididas em quatro esferas (Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação, Desconforto/Dor), gerando uma escala mais completa para a avaliação da função sexual (7). Uma parte dos estudos revisados utilizou a comparação dos resultados do FSFI como desfecho secundário (29, 39, 41, 45), o que gerou resultados mais completos, com os quais foi possível perceber que tratamentos combinados, que focam tanto nas questões fisiológicas quanto nos valores sexuais de cada mulher, conseguem repercussões positivas em mais esferas.

Qualidade das evidências

Como já mencionado, há uma falta de ensaios clínicos randomizados duplo-cego feitos em larga escala que forneçam evidências confiáveis sobre o tratamento das disfunções sexuais em geral e especificamente sobre o vaginismo.

Quanto à fisioterapia, a maioria das informações disponíveis associaram exercícios fisioterápicos com outras medidas multidisciplinares (13, 31, 45), o que dificulta a conclusão definitiva de que a fisioterapia por si só é o melhor tratamento do vaginismo. Assim como os artigos sobre aplicação de BoNT, que não geram resultados irrefutáveis mas demonstram que a neurotoxina botulínica parece ser uma opção promissora para o tratamento do vaginismo, principalmente em casos refratários e quando aliada a outras terapêuticas que objetivem intervir nos sintomas psicológicos da doença.

Reprodução dos resultados no SUS

Assim como o contexto cultural tem influência no desenvolvimento do vaginismo, o contexto sócio-econômico dita quais técnicas de tratamento podem ser realisticamente utilizadas em grande escala. A grande maioria dos estudos aqui revisados não foi desenvolvida no Brasil e, com isso, é necessário levar em consideração as dificuldades impostas pelo cenário em que as mulheres brasileiras e suas parcerias muitas vezes se encontram.

Procedimentos como a injeção de neurotoxina botulínica (31, 39), a radiofrequência pulsada (27) e o ESPB (42), além de representarem mais riscos por serem invasivos, são financeiramente custosos ao sistema de saúde e, em um país onde o atendimento é garantia universal, a aplicabilidade generalizada desses tratamentos não é viável. Tais procedimentos, portanto, são boas opções para mulheres com vaginismo refratário a esquemas iniciais, que normalmente apresentam formas mais graves de disfunção (45). Atenção especial também deve ser dada ao fato de o ensaio clínico de 2017 (31) realizar a aplicação da BoNT nas participantes sob sedação, o que vai de encontro com a valorização do consentimento da paciente, passo importante para a superação do medo da penetração (20).

Por outro lado, em mulheres com vaginismo de grau leve a moderado, a melhor opção terapêutica parece ser a associação de abordagens de diferentes modalidades, sem necessidade de métodos invasivos, e valorizando alguns pontos cruciais: o autoconhecimento da mulher sobre sua sexualidade, com sessões informativas sobre anatomia e fisiologia, e sessões de autoexploração íntima; o envolvimento do(a) parceiro(a) nos passos do tratamento; o foco na saúde psicológica, lidando com os sentimentos de nojo e pânico, quando presentes; e as técnicas de dessensibilização gradual.

Conclusão

O vaginismo é sabidamente um transtorno que afeta a qualidade de vida de diversas mulheres, mas que tem resolução. Para avaliar os tratamentos para tal condição, é essencial levar em consideração marcadores além de somente a ocorrência (ou não) da relação sexual, como a existência de dor no momento da penetração e a cessação de ansiedade e/ou pânico em torno do sexo. Concluiu-se que o modelo de tratamento mais efetivo é o multimodal - aquele que aborda a condição de maneira ampla e flexível, levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural com manejo multiprofissional, sendo que mais estudos bem aplicados são necessários para a elucidação definitiva do melhor tratamento.

Referências

1. Lamont, J. A. 1978. "Vaginismus." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 131 (6): 633–36.
2. American Psychiatric Association, and American Psychiatric Association. Task Force on Nomenclature and Statistics. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
3. Spector, I. P., and M. P. Carey. 1990. "Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature." *Archives of Sexual Behavior* 19 (4): 389–408.
4. Reissing, E. D., Y. M. Binik, S. Khalifé. 1999. "Does Vaginismus Exist? A Critical Review of the Literature." *Journal of Nervous and Mental Disease* 187 (5): 261–74.
5. Katz, Ditza, and Ross Lynn Tabisel. 2001. "Is Surgery the Answer to Vaginismus?" *Obstetrics & Gynecology* 97 (4): S27.
6. Simons, J. S., and M. P. Carey. 2001. "Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research." *Archives of Sexual Behavior* 30 (2): 177–219.
7. Hentschel, Heitor, Daniele Lima Alberton, Edison Capp, José Roberto Goldim, and Eduardo Pandolfi Passos. 2007. "Validação Do Female Sexual Function Index (FSFI) Para Uso Em Língua Portuguesa." *Revista HCPA*. Porto Alegre. Vol. 27, N. 1 (2007), P. 10-14. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164528>.
8. Kuile, Moniek M. ter, Jacques J. D. M. van Lankveld, Ellen de Groot, Reinhilde Melles, Janneke Neffs, and Maartje Zandbergen. 2007. "Cognitive-Behavioral Therapy for Women with Lifelong Vaginismus: Process and Prognostic Factors." *Behaviour Research and Therapy* 45 (2): 359–73.
9. Van Lankveld, Jacques J. D. M., Michal Granot, Willibrord C. M. Weijmar Schultz, Yitzchak M. Binik, Ursula Wesselmann, Caroline F. Pukall, Nina Bohm-Starke, and Chahin Achtrari. 2010. "Women's Sexual Pain Disorders." *The Journal of Sexual Medicine* 7 (1, Part 2): 615–31.
10. Binik, Yitzchak M. 2010. "The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus." *Archives of Sexual Behavior* 39 (2): 278–91.
11. Lahaie, Marie-Andrée, Stéphanie C. Boyer, Rhonda Amsel, Samir Khalifé, and Yitzchak M. Binik. 2010. "Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/ Diagnosis, Etiology and Treatment." *Women's Health* 6 (5): 705–19.
12. Pourhosein, Reza, and Zeynab Bahrami Ehsan. 2011. "Using Hypnosis in a Case of Vaginismus: A Case Report." *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 15 (January): 3886–89.
13. Harish, Thippeswamy, Krishnaprasad Muliyala, and Pratima Murthy. 2011. "Successful Management of Vaginismus: An Eclectic Approach." *Indian Journal of Psychiatry* 53 (2): 154–55.
14. Fageeh, Wafa M. K. 2011. "Different Treatment Modalities for Refractory Vaginismus in Western Saudi Arabia." *The Journal of Sexual Medicine* 8 (6): 1735–39.
15. Reissing, Elke D. 2012. "Consultation and Treatment History and Causal Attributions in an Online Sample of Women with Lifelong and Acquired Vaginismus." *The Journal of Sexual Medicine* 9 (1): 251–58.

16. Patel, V. L., J. F. Arocha, and J. Zhang. 2012. "Medical Reasoning and Thinking". <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734689.013.0037>.
17. Basson, Rosemary. 2012. "The Recurrent Pain and Sexual Sequelae of Provoked Vestibulodynia: A Perpetuating Cycle." *Journal of Sexual Medicine* 9 (8): 2077–92.
18. Both, Stephanie, Rik van Lunsen, Philomeen Weijenborg, and Ellen Laan. 2012. "A New Device for Simultaneous Measurement of Pelvic Floor Muscle Activity and Vaginal Blood Flow: A Test in a Nonclinical Sample." *The Journal of Sexual Medicine* 9 (11): 2888–2902.
19. Melnik, Tamara, Keith Hawton, and Hugh McGuire. 2012. "Interventions for Vaginismus." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (December): CD001760.
20. Reissing, Elke D., Heather L. Armstrong, and Caroline Allen. 2013. "Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study." *Journal of Sex & Marital Therapy* 39 (4): 306–20.
21. Hofmann, Stefan G., Gordon J. G. Asmundson, and Aaron T. Beck. 2013. "The Science of Cognitive Therapy." *Behavior Therapy* 44 (2): 199–212.
22. Cherner, Rebecca A., and Elke D. Reissing. 2013. "A Comparative Study of Sexual Function, Behavior, and Cognitions of Women with Lifelong Vaginismus." *Archives of Sexual Behavior* 42 (8): 1605–14.
23. Ter Kuile, Moniek M., Reinhilde Melles, H. Ellen de Groot, Charlotte C. Tuijnman-Raasveld, and Jacques J. D. M. van Lankveld. 2013. "Therapist-Aided Exposure for Women with Lifelong Vaginismus: A Randomized Waiting-List Control Trial of Efficacy." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81 (6): 1127–36.
24. Freud, S. 2014. "Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)." *Obras Completas*.
25. Pacik, Peter T. 2014. "Understanding and Treating Vaginismus: A Multimodal Approach." *International Urogynecology Journal* 25 (12): 1613–20.
26. Flanagan, Esther, Katherine A. Herron, Ciarán O'Driscoll, and Amanda C. de C. Williams. 2015. "Psychological Treatment for Vaginal Pain: Does Etiology Matter? A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Journal of Sexual Medicine* 12 (1): 3–16.
27. Carvalho, Joana Chaves Gonçalves Rodrigues de, Luís Miguel Agualusa, Luísa Manuela Ribeiro Moreira, and Joana Catarina Monteiro da Costa. 2017. "Multimodal Therapeutic Approach of Vaginismus: An Innovative Approach through Trigger Point Infiltration and Pulsed Radiofrequency of the Pudendal Nerve." *Revista Brasileira de Anestesiologia* 67 (6): 632–36.
28. Meana, Marta, Evan Fertel, and Caroline Maykut. 2017. "Treating Genital Pain Associated with Sexual Intercourse." *The Wiley Handbook of Sex Therapy*. <https://doi.org/10.1002/9781118510384.ch7>.
29. Zarski, Anna-Carlotta, Matthias Berking, Christina Fackiner, Christian Rosenau, and David Daniel Ebert. 2017. "Internet-Based Guided Self-Help for Vaginal Penetration Difficulties: Results of a Randomized Controlled Pilot Trial." *The Journal of Sexual Medicine* 14 (2): 238–54.
30. Rogers, Carl R. 2017. Tornar-se pessoa. WWF Martins Fontes.
31. Pacik, Peter T., and Simon Geletta. 2017. "Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients." *Sexual Medicine Today* 5 (2): e114–23.
32. Park, Junghyun, and Hue Jung Park. 2017. "Botulinum Toxin for the Treatment of Neuropathic Pain." *Toxins* 9 (9). <https://doi.org/10.3390/toxins9090260>.

33. Dias-Amaral, Ana, and André Marques-Pinto. 2018. "Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach." *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia E Obstetrícia* 40 (12): 787–93.
34. Zgueb, Yosra, Uta Ouali, Radhouane Achour, Rabaa Jomli, and Fethi Nacef. 2019. "Cultural Aspects of Vaginismus Therapy: A Case Series of Arab-Muslim Patients." *The Cognitive Behaviour Therapist* 12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X18000119>.
35. Stein, Amy, Sara K. Sauder, and Jessica Reale. 2019. "The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment." *Sexual Medicine Reviews* 7 (1): 46–56.
36. Weinberger, James M., Justin Hومان, Ashley T. Caron, and Jennifer Anger. 2019. "Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities." *Sexual Medicine Reviews* 7 (2): 223–50.
37. Harrington, Anne. 2019. *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*. W. W. Norton & Company.
38. Bokaie, Mahshid, and Zahra Bostani Khalesi. 2019. "Couple Therapy and Vaginismus: A Single Case Approach." *Journal of Sex & Marital Therapy* 45 (8): 667–72.
39. Yaraghi, Mansooreh, Shirin Ghazizadeh, Fariba Mohammadi, Elahe Miri Ashtiani, Mahmood Bakhtiyari, Sayeda Mahjabeen Mareshi, Fatemeh Sadat Sarfjoo, and Tahereh Eftekhari. 2019. "Comparing the Effectiveness of Functional Electrical Stimulation via Sexual Cognitive/behavioral Therapy of Pelvic Floor Muscles versus Local Injection of Botulinum Toxin on the Sexual Functioning of Patients with Primary Vaginismus: A Randomized Clinical Trial." *International Urogynecology Journal* 30 (11): 1821–28.
40. Pourkashanian, Araz, Madan Narayanan, and Arun Venkataraju. 2019. "Bloqueio Do Plano Do Eretor Da Espinha: Uma Revisão de Evidências Atuais," December. https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/414_portuguese.pdf.
41. Aslan, Melike, Şeyda Yavuzkir, and Sema Baykara. 2020. "Is 'Dilator Use' More Effective Than 'Finger Use' in Exposure Therapy in Vaginismus Treatment?" *Journal of Sex & Marital Therapy* 46 (4): 354–60.
42. Topdagi Yılmaz, Emsal Pinar, Elif Oral Ahiskalioglu, Ali Ahiskalioglu, Serkan Tulgar, Muhammed E. Aydin, and Yakup Kumtepe. 2020. "A Novel Multimodal Treatment Method and Pilot Feasibility Study for Vaginismus: Initial Experience With the Combination of Sacral Erector Spinae Plane Block and Progressive Dilatation." *Cureus* 12 (10): e10846.
43. Levandoski, Nathália Torres, and Magda Patrícia Furlanetto. 2020. "Physiotherapeutic resources in vaginismus." *Fisioterapia Brasil* 21 (5): 525–34.
44. Dick, Brian, Caleb Natale, Amit Reddy, Kole Prasad Akula, Ayad Yousif, and Wayne J. G. Hellstrom. 2021. "Application of Botulinum Neurotoxin in Female Sexual and Genitourinary Dysfunction: A Review of Current Practices." *Sexual Medicine Reviews* 9 (1): 57–63.
45. Kiremitli, Sevil, and Tunay Kiremitli. 2021. "Examination of Treatment Duration, Treatment Success and Obstetric Results According to the Vaginismus Grades." *Sexual Medicine Today* 9 (5): 100407.