

FUNDAÇÃO LUSÍADA CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUSÍADA-UNILUS
FISIOTERAPIA

TATIANE DA SILVA GALVÃO

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRANSTORNO DA DOR GENITO PELVICA
/PENETRAÇÃO

SANTOS - SP
2023

TATIANE DA SILVA GALVÃO

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRANSTORNO DA DOR GENITO PELVICA
/PENETRAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido no Curso de Fisioterapia como parte dos requisitos para obtenção do título bacharel em fisioterapia, no Centro Universitário Lusíada (UNILUS), sob orientação da Profa. Dra. Cinira Assad S. Haddad

SANTOS - SP

2023

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRANSTORNO DA DOR GÊNITO PÉLVICA/ PENETRAÇÃO

Trabalho de conclusão de curso (TCC) desenvolvido no Bacharelado em Fisioterapia, no Centro Universitário Lusíada (UNILUS), sob a orientação da Professora Dra. Cinira Assad Simão Haddad.

DATA: ___ / ___ / ___

PROFA. DRA CINIRA ASSAD SIMÃO HADDAD

RESUMO

Introdução: Essa pesquisa aborda a fisioterapia no tratamento do Transtorno da Dor Gênitopélvica/ Penetração (TDGPP), considerado atualmente como uma Disfunção Sexual Feminina (DSF) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A dor gênitopélvica penetração pode ser decorrente da tentativa de inserção de absorvente interno, dedo, espéculo ou pênis na vagina, antes ou após a ocorrência de relações sexuais, de forma recorrente. Este tema mostra-se relevante pelo aumento das DSF nos últimos anos, uma vez que as mulheres raramente realizam queixa sobre esta disfunção, sendo um problema na qualidade de vida feminina e com prognóstico de resultados positivos com o tratamento fisioterapêutico. **Objetivo:** Descrever sobre o Transtorno da Dor Gênitopélvica e Penetração e detalhar os métodos fisioterapêuticos para o seu tratamento. **Metodologia:** A pesquisa caracteriza-se como exploratória e bibliográfica. A coleta de dados foi realizada em livros e artigos científicos publicados nas bases de dados Pubmed da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)/ Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca digital Scientific Electronic Library On-line (SciELO), com as palavras-chave: dor gênitopélvica penetração e disfunções sexuais femininas. **Revisão bibliográfica:** o TDGPP é a dificuldade associada a penetração vaginal durante a relação sexual, assim como a dor vulvovaginal ou pélvica decorrente da relação sexual ou na tentativa de penetração, de forma recorrente ou incessante. O sintoma comum do TDGPP é a dor na porção inferior da vagina, por período superior a seis meses. No Brasil, a prevalência de DSF é de 40 a 45% de mulheres e de TDGPP em torno de 23%. O tratamento fisioterapêutico em geral se inicia pela realização da terapia manual, para o desenvolvimento do tônus e alongamento da musculatura do assoalho pélvico e pode ser realizado com psicoeducação, técnicas específicas de terapia sexual, visualização da vagina, vulva e MAP para estimulação da consciência corporal, técnicas de auto relaxamento e diminuição da ansiedade, dessensibilização vulvovaginal, massagem e automassagem dos MAP, uso da técnica Thiele de massagem, alongamento passivo e ativo dos MAP, dilatação vaginal progressiva, orientações para a relação sexual, eletroterapia e biofeedback. **Considerações Finais:** Para TDGPP, há contribuição positiva do tratamento fisioterapêutico, pois apresenta técnicas variadas que podem representar a cura ou o controle de TDGPP em mulheres.

Palavras-chave: Fisioterapia. Transtorno da Dor Gênitopélvica Penetração. Disfunção Sexual Feminina.

ABSTRACT

Introduction: This research addresses physiotherapy in the treatment of Pelvic Genital Pain/Penetration Disorder (PGPDD), currently considered a Female Sexual Dysfunction (FSD) by the World Health Organization (WHO). Penetrating genital-pelvic pain can result from the attempt to insert a tampon, finger, speculum or penis into the vagina, before or after sexual intercourse, on a recurring basis. This topic is relevant due to the increase in FSD in recent years, since women rarely complain about this dysfunction, which is a problem for women's quality of life and has a prognosis of positive results with physiotherapeutic treatment. **Objective:** To describe the Pelvic Genital Pain Disorder and Penetration and to detail the physiotherapeutic methods for its treatment. **Methodology:** The research is characterized as exploratory and bibliographical. Data was collected from books and scientific articles published in the Pubmed databases of the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), the Regional Library of Medicine (BIREME)/Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Scientific Electronic Library On-line (SciELO) digital library, using the keywords: genital-pelvic pain, penetration, and female sexual dysfunctions. **Literature review:** PGPDD PGDD is the difficulty associated with vaginal penetration during sexual intercourse, as well as vulvovaginal or pelvic pain resulting from sexual intercourse or attempted penetration, on a recurring or incessant basis. The common symptom of PPGPD is pain in the lower part of the vagina for more than six months. In Brazil, the prevalence of FSD is between 40 and 45% of women and of PPGPD around 23%. Physiotherapy treatment generally begins with manual therapy to develop tone and stretch the pelvic floor muscles and can be carried out with psychoeducation, specific sex therapy techniques, visualization of the vagina, vulva and PFM to stimulate body awareness, techniques for self-relaxation and reducing anxiety, vulvovaginal desensitization, massage and self-massage of the PFM, use of the Thiele massage technique, passive and active stretching of the PFM, progressive vaginal dilation, guidelines for sexual intercourse, electrotherapy and biofeedback. **Final considerations:** Physiotherapy treatment makes a positive contribution to PMDD, as it offers a variety of techniques that can cure or control PMDD in women.

Keywords: Physiotherapy. Pelvic Genital Penetration Pain Disorder. Female Sexual Dysfunction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Psicológica Americana (<i>American Psychological Association</i>)
DSF	Disfunções Sexuais Femininas
EVA	Escala Visual Analógica
MAP	Músculo do Assoalho Pélvico
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TDGPP	Transtorno da Dor Gêrito Pélvica/ Penetração

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo circular do ciclo de resposta sexual feminina	9
Gráfico 1: Prevalência de DSF e TDGPP a cada 100 mulheres	13
Quadro 1: Causas do TDGPP	14
Quadro 2: Escala de Dietz	17
Quadro 3: Escala de Oxford Modificada.....	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA.....	10
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
4.1 Definição das Disfunções Sexuais Femininas e Transtorno da Dor Gênero Pélvica/ Penetração	11
4.2 Prevalência.....	12
4.3 Sintomas	13
4.4 Causas	14
4.5 Diagnóstico.....	15
4.6 Tratamentos gerais	16
4.7 Fisioterapia na DGP	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno da Dor Gênero Pélvica/ Penetração (TDGPP), definida como a dificuldade associada a penetração vaginal durante o ato do coito, assim como a dor vulvovaginal ou pélvica decorrente da relação sexual ou na tentativa de penetração, de forma recorrente ou incessante. O Transtorno da Dor Gênero Pélvica é uma das Disfunções Sexuais Femininas (DSF) (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017).

O TDGPP pode ser associada a medo e/ ou ansiedade, por aspectos sociais, físicos, psicológicos ou comportamentais (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA), definiu como tipos de dor gênero pélvica/ penetração: vulvodínia, vestibulodínia, dispareunia e vaginismo (APA, 2014).

Destaca-se que, quando o TDGPP não decorre de uma doença física ou psicológica diagnosticada por ginecologista ou psicólogo/ psiquiatra, pode relacionar-se com alguma disfunção na musculatura do assoalho pélvico, o que requer atuação do fisioterapeuta no tratamento (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017).

Em geral, as DSF não apresentam diagnóstico correto ou preciso, pois possuem causas multifatoriais, sendo elas: aumento com o avanço da idade, diminuição do estrogênio, cirurgias, religião, disfunção sexual do parceiro, desemprego, uso de drogas/ álcool e redução da qualidade de vida. A gestação, doenças crônicas e desuso da musculatura do assoalho pélvico também podem ser causas das DSF e não recebem devida atenção para o tratamento. Estas disfunções podem se manifestar em qualquer idade, sobretudo em mulheres adultas e idosas quando há algum tipo de perturbação na resposta sexual (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017).

Ao considerar a perturbação na resposta sexual, é importante destacar que o ciclo da resposta sexual é circular, conforme proposto por Basson (2004), que traz uma noção distinta por considerar que a mulher parte de uma neutralidade sexual e quando é estimulada e possui intimidade emocional, uma vez que Basson acredita que o engajamento da mulher na relação sexual é motivado por fatores não sexuais, e que influenciam o desejo e a excitação, portanto, a partir dos elementos emocionais, ela entra no ciclo da resposta sexual, com desejo, excitação (podendo ou não ter

orgasmo) e satisfação, sendo que pode retornar a este ciclo variadas vezes. Portanto, acredita-se que o desejo apresenta como gatilho a excitação, e se mescla com ela (BASSON, 2010).

Observa-se na Figura 1 o modelo circular de resposta sexual feminina proposto por Basson et al. (2010)

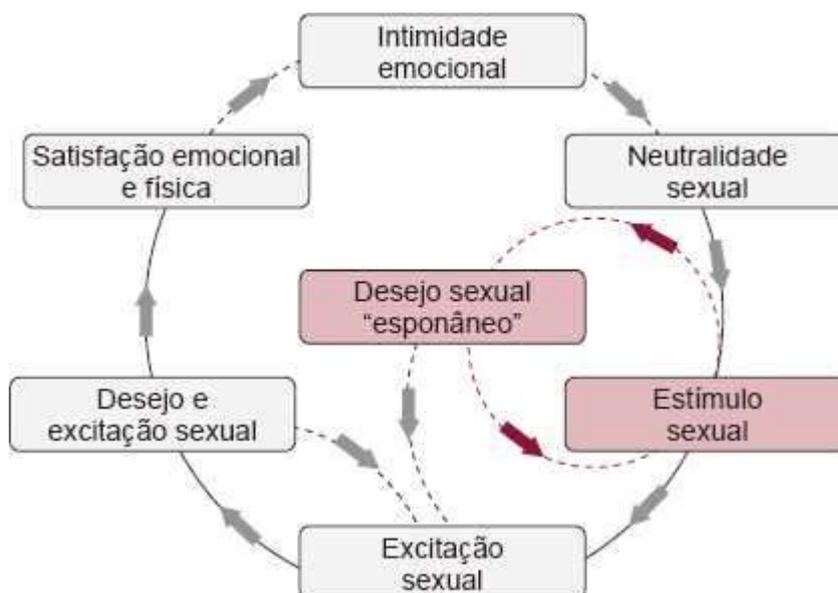


Figura 1: Modelo circular do ciclo de resposta sexual feminina
Fonte: Bardin; Piassaroli (2018, p. 28)

Desta forma, quando não há estímulo, interesse ou motivação, pode ocorrer o início de algum tipo de disfunção, que tem início no déficit na resposta sexual: “Disfunções sexuais femininas incluem interesse e motivação sexual prejudicados, dificuldades em se sentir excitada (genital e subjetivamente), e dificuldade para desencadear o desejo durante o envolvimento sexual” (ROSENBAUM; SABBAG, 2020, p. 3).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a disfunção sexual como problema de saúde pública que afeta a qualidade de vida da população, assim como influencia o relacionamento entre parceiros. A prevalência é de mais de 50% das mulheres do mundo afetadas. Sendo assim, o fisioterapeuta pode contribuir para identificar a DSF e atuar na reabilitação do TDGPP (CUNHA, 2022).

A avaliação da fisioterapia pode identificar tônus e musculatura do assoalho pélvico, localizar nas pacientes pontos de dor, assim como promover compreensão sobre contrações e repousos voluntários na região pélvica, para assim adotar

intervenções fisioterapêuticas específicas que irão contribuir para a melhora da função sexual das mulheres (CUNHA, 2022).

Considerando a perspectiva do TDGPP decorrente de algum déficit na musculatura do assoalho pélvico, o estudo visa explicar sobre os métodos que o fisioterapeuta pode utilizar no tratamento do transtorno.

Este tema justifica-se pelo aumento das DSF nos últimos anos, uma vez que as mulheres raramente realizam queixa sobre esta disfunção, sendo um problema na qualidade de vida feminina, tendo a fisioterapia uma função de avaliação e planejamento de intervenções que visam a compreensão das mulheres e autoconhecimento de seu corpo, o que conseqüentemente poderá reduzir a incidência de TDGPP.

2 OBJETIVO

O objetivo é descrever sobre o Transtorno da Dor Gêrito Pélvica e Penetração e detalhar os recursos fisioterapêuticos para o seu tratamento.

3 METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como exploratória e bibliográfica. A coleta de dados foi realizada em livros e artigos científicos publicados nas bases de dados Pubmed da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)/ Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca digital Scientific Eletronic Library On-line (SciELO).

Os descritores utilizados foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Disfunções Sexuais Femininas, Transtorno da Dor Gêrito Pélvica/ Penetração.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Definição das Disfunções Sexuais Femininas e Transtorno da Dor Gênero Pélvica/ Penetração

As Disfunções Sexuais Femininas (DSFs) referem-se a uma diversa variação de condições clínicas, e são divididas em tipos de transtornos, que são: de desejo sexual, de excitação sexual, do orgasmo e do Transtorno da Dor Gênero Pélvica/ Penetração (TDGPP) (ARAÚJO; SCALCO, 2019).

As DSFs apresentam como característica principal a desordem clínica relevante de uma mulher apresentar resposta sexual ou experimentação do prazer sexual e ela também pode apresentar mais de um tipo de disfunção sexual ao mesmo tempo (APA, 2014).

O TDGPP é um transtorno complexo de analisar, uma vez que há possibilidade na variação de sentir dor e sua intensidade em diversos locais no assoalho pélvico, com presença de dificuldade de obtenção da penetração vaginal durante o intercuro sexual, que pode apresentar-se de forma recorrente ou persistente (CUNHA, 2022).

Anteriormente a classificação de DSF, a dor gênero pélvica era tratada como manifestação de patologias com a denominação de vaginismo e dispareunia, sendo superada essa definição a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), que passou a enquadrar como DSFs e incluiu nesse quadro a vulvodínia e vestibulodínia (APA, 2014).

A dispareunia está relacionada com uma dor genital decorrente do intercuro sexual, porém esta pode apresentar-se antes ou após o ato sexual (ARAÚJO; SCALCO, 2019; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017).

O vaginismo é a contração involuntária dos músculos pélvicos localizados no terço inferior da vagina, quando há investida para penetração vaginal com pênis, dedo ou outro objeto diagnóstico ginecológico, caracterizando-se pela dificuldade na penetração vaginal associada ao medo e/ ou à dor. As mulheres com vaginismo em geral possuem desejo, excitação, lubrificação vaginal e são anorgásmicas, porém incapazes de realizar o coito. O vaginismo se apresenta como primário, quando a mulher nunca conseguiu realizar o coito; ou secundário quando associado a dispareunia (CUNHA, 2022).

A vulvodínia caracteriza-se como um desconforto na vulva com presença de dor e/ ou queimação e que não apresenta disfunção específica. A vestibulodínia consiste em disfunção na abertura da vagina com presença de hipersensibilidade quando há toque, pressão e/ ou penetração vaginal (ARAÚJO; SCALCO, 2019; TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2017).

Outra característica relevante do TDGPP é a manifestação do medo ou ansiedade em associação a dor, que pode ocorrer de forma antecipada, durante a tentativa de penetração vaginal, associado com tensão ou enrijecimento dos músculos pélvicos, ou mesmo pode ocorrer após o ato da penetração (CUNHA, 2022).

4.2 Prevalência

A TDGPP apresenta alta prevalência no mundo (TRONCON; PANDOCCHI; LARA, 2017). As DSFs afetam mais de 50% das mulheres no mundo (CUNHA, 2022).

No Brasil, a DSF é considerada um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e impacto negativo na qualidade de vida (KINOSHITA; OGNIBENI, 2021). Não foram encontrados dados mais recentes especificando a prevalência no Brasil de TDGPP, apenas que há em torno de 40 a 45% de mulheres com DSF e em torno de 23% com TDGPP até 2010 (ARAÚJO; SCALCO, 2019).

A prevalência tende a ser mais elevada em mulheres com idade mais avançadas devido a alguns fatores hormonais, redução do estrógeno, necessidade de realização de cirurgias, elementos relacionados com a religião, presença de disfunção sexual do parceiro, uso de substâncias como álcool e/ ou drogas, gestão, presença de doenças crônicas e/ ou ausência de uso do assoalho pélvico (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017). O Gráfico 1 ilustra a prevalência de DSF e TDGPP.

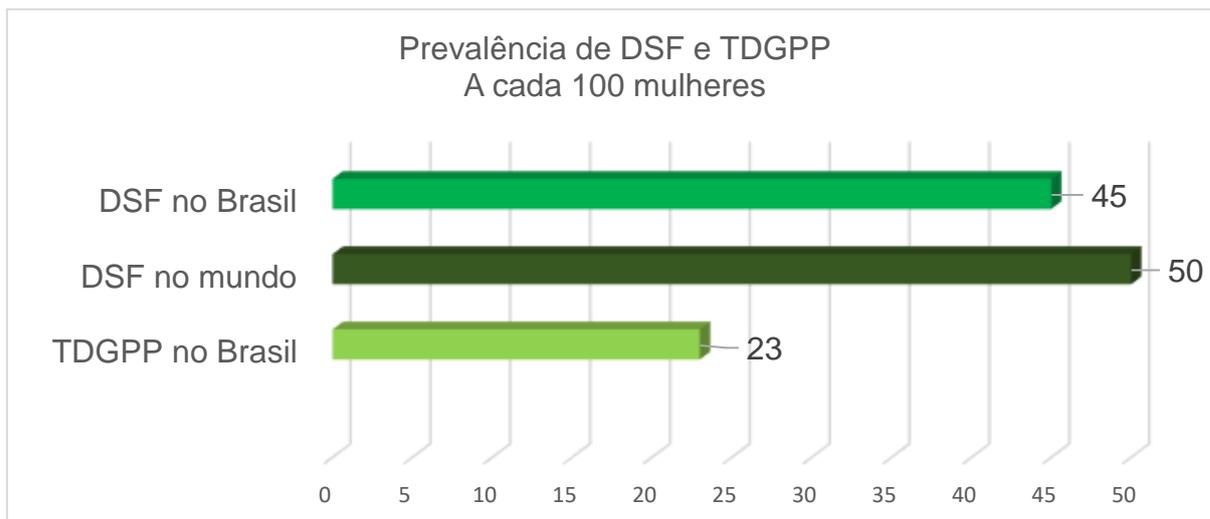


Gráfico 1: Prevalência de DSF e TDGPP a cada 100 mulheres
Fonte: A Autora

No Gráfico 1, percebe-se que a prevalência é alta, mas há ausência de dados mais recentes sobre TDGPP no Brasil.

4.3 Sintomas

O sintoma comum do TDGPP é a dor na porção inferior da vagina, geralmente em pontadas ou com sensação de queimação (CUNHA, 2022; ARAÚJO; SCALCO, 2019; TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017; APA, 2014).

O TDGPP pode se apresentar inicialmente pela tentativa de inserção de absorvente interno, dedo, espéculo ou pênis na vagina, ou mesmo após a ocorrência de relações sexuais durante um período sem presença de dor ou desconforto (ARAÚJO; SCALCO, 2019).

Para ser considerado como sintoma de TDGPP, as dificuldades ou dores devem se manifestar de forma recorrente ou consistente, por período superior a seis meses (ARAÚJO; SCALCO, 2019; TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017; TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017; APA, 2014):

- ocorrência de dificuldade acentuada para penetração vaginal durante a relação sexual, em tentativa de inserção de absorvente interno ou durante a realização de exames ginecológicos;

- presença de dor vulvovaginal ou pélvica consistente e intensa durante a relação sexual vaginal ou em tentativa de penetração;
- medo ou ansiedade consistente de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a penetração vaginal, durante o ato de penetração ou como resultado deste;
- manifestação de tensão, espasmo ou contração intensa e acentuada dos Músculos do Assoalho Pélvico (MAP) durante a penetração vaginal ou experimento de dor antecipada por medo ou ansiedade de ocorrência de dor intensa que poderá ocorrer.

4.4 Causas

A ocorrência de DSF é manifestada por algum problema na resposta sexual e uma mesma mulher pode apresentar diversas DSFs quando há algum tipo de prejuízo na resposta sexual ou em sentir prazer. A resposta sexual feminina é manifestada a partir de influências culturais, intra e interpessoais, embora sua base essencial seja biológica, mas alguns fatores podem influenciar na resposta sexual e podem levar a transtornos de DSF (APA, 2014).

O Quadro 1 apresenta as principais causas de DSF e TDGPP.

Quadro 1: Causas do TDGPP

Causas	Condições clínicas
Anatômicas	Malformações genitais, septos, cicatrizes cirúrgicas, prolapso genital.
Infecciosas	Vulvovaginites, infecções sexualmente transmissíveis/ doença inflamatória pélvica, cistite intersticial, infecção do trato urinário, úlceras, herpes genital.
Hormonais	Ressecamento e atrofia da mucosa vaginal devido à hipop-estrogenismo/ síndrome gênito-urinária da menopausa, anti-concepcionais hormonais.

Sexuais	Disfunção da excitação, desejo sexual hipoativo, anorgasmia, dificuldade de entrega, disfunção sexual do parceiro, deformidade do pênis (doença de Peyronie).
Musculares	Espasmo muscular, hiperatividade muscular (vaginismo), pontos de gatilho.
Patologias diversas	Endometriose, vulvodínia, liquen, neoplasias.

Fonte: Bardin et al. (2018, p. 411)

Sendo assim, as causas de TDGPP podem ser físicas ou psicológicas. Dentre os fatores físicos, podem ser destacados: hormonais, neurológicos, vasculares e musculares (ARAÚJO; SCALCO, 2019).

Também são correlacionadas como causas fatores geradores de stress, sofrimento da mulher ou mesmo violência sexual pelo parceiro (CUNHA, 2022).

4.5 Diagnóstico

O diagnóstico de TDGPP requer uma análise atenta pois apresenta dificuldade, uma vez que é considerado como uma disfunção sexual, mas de outro lado é compreendido enquanto um Transtorno Sexual Doloroso (TSD), o que apresenta alto índice de subdiagnóstico (BRASIL; ABDO, 2016).

Há dificuldade de realizar o diagnóstico pois as pacientes apresentam inibição para realizar queixas sexuais e, também, pela falta de abordagem do médico na investigação (BRASIL; ABDO, 2016).

Para o diagnóstico, é preciso detalhamento na abordagem, para a identificação de fatores predispostos e determinantes para a ocorrência da disfunção (TRONCON; PANDUCHI; LARA, 2017).

Deve ser considerado para o diagnóstico de DSF o tempo mínimo de 6 meses, uma vez que TDGPP deve ser diferenciada de outros problemas transitórios (ABDO, 2014; APA, 2014).

Entende-se que o papel do médico ginecologista é essencial para o diagnóstico de TDGPP:

A avaliação da dor gênero-pélvica/penetração pode demandar equipe multiprofissional, mas o papel do médico ginecologista é primordial para identificação da queixa inicial com levantamento do histórico clínico e história sexual pregressa e avaliação das possíveis causas orgânicas e psicossociais relacionadas à queixa (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017, p. 71).

O fisioterapeuta deve realizar o diagnóstico quando há alterações musculoesqueléticas, para identificar os pontos de dor, tônus e função dos músculos do assoalho pélvico, assim como contrações e repouso voluntário desse grupo muscular (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017).

4.6 Tratamentos gerais

A adoção de um método de tratamento para TDGPP deve ser individual, uma vez que está associado às condições clínicas, avaliação e fatores predispostos sendo indicada a massagem intravaginal e, quando não for possível, pode-se utilizar o bloqueio loco-regional (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017).

Dentre os tipos de tratamento, são variadas condutas terapêuticas que podem ser adotadas, de forma local ou sistêmica, que envolvem uso de antidepressivos tricíclicos, inibidores de recaptção de serotonina/ noradrenalina, anticonvulsivantes. Estes podem ter ação contra a dispareunia, mas também no tratamento de ansiedade e depressão, que são frequentes para pacientes com TDGPP (BRASIL; ABDO, 2016).

Podem ser adotadas também como tratamento o uso de cremes estrogênicos, géis indissolúveis, aplicação de lidocaína, injeção de toxina botulínica para atrofia da vagina ou mesmo para estimular ou produzir lubrificação, ou mesmo serem adotados procedimentos cirúrgicos como vestibulectomia ou cirurgias laparoscópicas (BRASIL; ABDO, 2016).

Também se indica o uso de psicoterapia para controle de ansiedade com as técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e práticas de atenção plena, tais como mindfulness (BRASIL; ABDO, 2016).

Sugere-se o uso da Escala Visual Analógica (EVA) para identificar a escala da dor anteriormente ao tratamento e, também após, de forma a avaliar a eficácia do tratamento na melhora da dor (TRONCON; PANDOCHI; LARA, 2017).

Destaca-se que a eficácia do tratamento escolhido, conforme avaliação física e diagnóstico, dada a necessidade da paciente, inclui consultas com presença no

mínimo do(a) médico(a) ginecologista especialista em saúde sexual e fisioterapeuta pélvica (ARAÚJO; SCALCO, 2019).

4.7 Fisioterapia na DGP

O fisioterapeuta deve iniciar o tratamento buscando as informações da paciente e as que considerar importantes ao longo do tratamento e é necessário esclarecer e orientar a paciente sobre os procedimentos intravaginais que serão realizados e solicitar autorização dela (LARA et al., 2022).

Inicialmente, é preciso realizar uma avaliação geral e avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico. Para a avaliação da paciente, o fisioterapeuta pode adotar o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI) – Indexador de Função Sexual Feminina, que avalia e mensura a resposta sexual feminina a partir de seis aspectos: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor durante um período de até 4 semanas anteriores. Esse modelo de questionário foi validado no Brasil em 2009 (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017).

Para a avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico, são analisados critérios conforme as escalas de Dietz e Oxford Modificada, conforme Quadros 2 e 3.

Quadro 2: Escala de Dietz

0 = músculo não palpável
1 = músculo palpável, mas muito flácido, hiato vaginal largo, músculos oferecem resistência mínima à palpação
2 = hiato vaginal largo, mas músculos oferecem alguma resistência à palpação
3 = hiato vaginal levemente estreito, músculos oferecem leve resistência, mas ainda cedem facilmente à palpação
4 = hiato vaginal estreito, músculos oferecem alta resistência, mas cedem à palpação, sem dor
5 = hiato vaginal muito estreito, músculos oferecem resistência muito alta à palpação, como se estivesse palpando madeira, dor possivelmente presente (vaginismo)

Fonte: Extraído de Teixeira, Camilato e Lopes (2017, p. 189)

A escala de Dietz quantifica as propriedades elásticas estabelecidas pela rigidez do tecido conectivo, cuja avaliação se dá por palpação.

Quadro 3: Escala de Oxford Modificada

Grau de Força	Escala
0	Ausência de resposta muscular
1	Esboço de contração não sustentada
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
3	Contração moderada, sentindo como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal
4	Contração satisfatória, a que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
5	Contração forte, compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica

Fonte: Extraído de Teixeira, Camilato e Lopes (2017, p. 189)

A escala de Oxford modificada avalia os tecidos contráteis, o que são estabelecidos por grau de ativação nervosa das fibras musculares (avaliado por eletromiografia) e força muscular (quantidade de carga suportada/vencida avaliada por palpação). Muitas vezes não há possibilidade de avaliar o MAP se a paciente não conseguir permitir a palpação (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017).

A saúde da mulher vem sendo mais enfatizada devido ao empoderamento feminino, trazendo maior interesse da comunidade científica e das mulheres sobre as DSFs, sendo necessária a atuação do fisioterapeuta na identificação e reabilitação da paciente (CUNHA, 2022).

Há contribuição positiva da fisioterapia para o tratamento de TDGPP, sendo indicados métodos diversificados a partir de técnicas como biofeedback, dilatadores vaginais, massagem e exercícios no assoalho pélvico, assim como estimulação elétrica, porém existem outros métodos que podem ser utilizados, conforme a necessidade de cada paciente (BRASIL; ABDO, 2016).

O tratamento fisioterapêutico em geral se inicia pela realização da terapia manual, para o desenvolvimento do tônus e alongamento da musculatura do assoalho pélvico no padrão ideal. Deve ser feita avaliação dos *triggers points* (pontos de tensão) e após pode ser iniciado o manuseio para o alongamento do MAP. Destaca-se que em caso de TDGPP, é necessário realizar uma avaliação corporal geral para identificar se existe tensão em outras áreas, algo que pode ocorrer por exemplo, no

músculo trapézio superior, fáscia lombo pélvica, músculos adutores de quadril e músculo piriforme (TEIXEIRA; CAMILATO; LOPES, 2017).

Em geral, o tratamento fisioterapêutico com terapia manual é vantajoso para TDGPP, devido a facilidade de aplicação no tratamento clínico e domiciliar, apresentar baixo custo, e ser de fácil aprendizagem pela paciente, assim como pode permitir observar resultados positivos em curto período de tempo (CUNHA, 2022).

A terapia manual consiste na aplicação de métodos por toque ou manuseio manual sobre os tecidos musculares, nervosos, conjuntivos e ósseos (TOMEN et al., 2016).

Considerando que ainda há muitas pacientes que sofrem dor pélvica como sofrimento psicológico que resulta em queixas físicas, e que os médicos prescrevem medicação ou intervenção cirúrgica para corrigir ou aliviar estes sintomas, muitas vezes com resultados insuficientes, destaca-se que a fisioterapia tem uma contribuição importante, pois os distúrbios musculares do assoalho pélvico contribuem significativamente as DSFs e TDGPP. Todavia, percebe-se que ainda a fisioterapia é um recurso amplamente subutilizado e inexplorado, que precisa ser valorizada por ter perspectiva holística na abordagem multidisciplinar destas patologias (BERGHMANS, 2018).

Ao considerar atualmente que são consideradas na TDGPP o vaginismo, vulvodínia, vestibulodínea e dispareunia, os tratamentos gerais de TDGPP podem ser, especificamente, exercícios do assoalho pélvico, uso de dilatadores, biofeedback e eletroterapia (TRONCON; PANDUCHI; LARA, 2017; BRASIL; ABDO, 2016).

O estudo de Souto, Herzog e Araújo (2022) evidenciou os tratamentos para vaginismo, destacando a fisioterapia pélvica e a psicoterapia como os mais efetivos, assim como uso de dilatadores vaginais e massagem perineal (SOUTO; HERZOG; ARAUJO, 2022).

Especificamente em tratamento de dispareunia, sugere-se a utilização de massagem transvaginal utilizando a técnica Thiele, pois estudo comprovou que há melhora na função sexual e na dor, embora a redução da dor seja um tratamento de longo prazo. A técnica de massagem Thiele consiste em uma massagem desde a origem até a inserção do músculo com uma quantidade de pressão tolerável pelos pacientes, durante um período de 5 minutos (SILVA et al., 2017).

Destaca-se que o tratamento deve ser interdisciplinar e pode incluir psicoeducação, terapia sexual cognitivo-comportamental (TCC), técnicas específicas de terapia sexual, visualização da vagina, vulva e MAP para estimulação da consciência corporal, técnicas de auto relaxamento e diminuição da ansiedade, dessensibilização vulvovaginal, massagem e automassagem dos MAP, uso da técnica Thiele de massagem, alongamento passivo e ativo dos MAP, treinamento dos MAP, dilatação vaginal progressiva, orientações para o coito/penetração e podem ser usados também eletroterapia, biofeedback e terapia manual para liberação miofascial dos MAP (ARAÚJO; SCALCO, 2019).

Enfatiza-se que a adoção de recursos fisioterapêuticos deve considerar a técnica conforme a necessidade da paciente e o tipo de manifestação, pois embora haja recursos que são comuns a vaginismo, vulvodínea, dispareunia e vestibulodínea, o fisioterapeuta irá traçar um protocolo em conjunto com a paciente, conforme os objetivos do tratamento (BARDIN et al., 2018).

A cinesiologia do assoalho pélvico é indicada para o fortalecimento dos MAP, cujo objetivo é aumentar a resistência da uretra e melhoria de sustentação dos órgãos pélvicos, o que contribui para a rearmenização e reeducação corporal. A contração isolada dos MAP deve ser associada a uma respiração e posturas adequados, ou mesmo associada a outras técnicas terapêuticas, o que amplia o controle e consciência corporal da mulher, e constitui um tratamento conservador, de baixo risco a paciente e menos invasivo, que tem trazido eficácia nas DSF (DELGADO, FERREIRA, SOUSA, 2015).

Dentre os recursos fisioterapêuticos para o vaginismo, destacam-se os que atuam no relaxamento dos MAP e de músculos acessórios, como adutores de coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares. O que contribui para esse relaxamento é a realização de exercícios respiratórios e sessões de alongamento (TOMEN et al., 2016).

Também é indicado para vaginismo, além de alongamento dos MAP, dos músculos do quadril e lombar, cinesioterapia, liberação miofascial e uso de dilatadores como os recursos fisioterapêuticos que devem ser realizados com o fisioterapeuta e posteriormente em casa pela paciente, que será instruída sobre como utilizar cada recurso (BARDIN et al., 2018).

Esclarece-se que o uso de dilatadores vaginais deve ser gradual e progressivo, sendo indicado os de silicone, por ser um material lubrificado que será inserido no canal vaginal, inicialmente com adoção de pequenos dilatadores conforme tolerância da paciente e o tamanho do dilatador deve ser aumentando de forma gradativa. Caso não haja possibilidade de introdução de dilatador, a paciente também pode realizar a dilatação inicialmente com a introdução dos dedos (GARBIN et al., 2023).

São indicados para vaginismo e dispareunia o uso de massageadores perineais enquanto recursos fisioterapêuticos manuais que são aplicados por meio de deslizamentos e liberações miofasciais na região pélvica, para estímulo do relaxamento dos músculos para redução das tensões musculares, e os dilatadores vaginais para suavizar tecidos e promover a consciência corporal. Desta forma, mostra-se que estes recursos atuam na redução da percepção da dor e da tensão muscular, recuperando o tônus e na dessensibilização dos MAP (NAGAMINE; SILVA, 2021).

A ginástica hipopressiva também é um recurso fisioterapêutico indicado para TDGPP, que contribui para a melhora na propriocepção dos MAP. Deve ser realizado em três etapas, iniciando com inspiração diafragmática lenta, seguida por expiração, e a terceira etapa consiste em nova inspiração diafragmática com contração dos músculos profundos do abdômen de forma progressiva uma vez que há promoção de pressão negativa abdominal que ativa os MAP a partir de tração da fáscia abdominal, vinculada à fáscia endopélvica (DELGADO, FERREIRA, SOUSA, 2015).

O TDGPP apresenta alta complexidade, pois caracteriza-se como disfunção sexual, distúrbios musculoesqueléticos e miofasciais e distúrbios psiquiátricos, portanto, sugere-se que a fisioterapia do assoalho pélvico seja utilizada de forma combinada com mindfulness. Um estudo realizou uma meta análise de ensaios clínicos que adotaram fisioterapia pélvica junto com mindfulness e os resultados mostraram que houve melhoria da função sexual, sendo necessário aprofundamento dos estudos envolvendo o uso combinado das duas técnicas para TDGPP (BITTELBRUNN et al., 2023).

Outro recurso adotado no TDGPP é a eletroestimulação, indicada para estimular a função sexual, aumentar desejo ou excitação, estimular a lubrificação vaginal e facilitar o alcance de orgasmo. Para sua aplicação, se introduz um dispositivo intravaginal que produz estímulos elétricos na região pudenda, com frequência de 10

e 50 Hz para que a paciente consiga sentir, mas não se sinta incomodada, de forma a promover a percepção e conscientização do assoalho pélvico, dos MAP e de sua contração. Essa técnica pode promover desconforto ou irritação local e é contraindicado para pacientes com marca-passo (DELGADO, FERREIRA, SOUSA, 2015).

Destaca-se que a eletroestimulação pode ser combinada a outras técnicas para ser mais eficaz, tais como cinesioterapia e biofeedback (DELGADO, FERREIRA, SOUSA, 2015).

Biofeedback constitui um recurso fisioterapêutico desenvolvido por Kegel, no ano de 1948, cuja finalidade é utilizar recursos e técnicas de conscientização do corpo e de suas funções a partir de estímulos táteis, visuais, auditivos ou elétricos. São mensuradas, avaliadas e medidas as disfunções neuromusculares a partir de um equipamento eletromiográfico, que realiza monitoria do tônus, força, sustentação e outros padrões dos MAP (TOMEN et al., 2016).

Especificamente na vestibulodínia o manejo é constituído por recursos fisioterapêuticos que ainda não foram validados de forma empírica. Destaca-se que é associado a disfunções dos MAP, pois estes apresentam influência na fisiopatologia da vestibulodínia. Desta forma, fez-se um ensaio para avaliar a eficácia da fisioterapia multimodal, em comparação com o uso de lidocaína. Foram acompanhadas 212 mulheres com vestibulodínia, sendo divididas em dois grupos de forma aleatória, um grupo com uso de fisioterapia multimodal e outro grupo com aplicação de lidocaína antes de dormir, com acompanhamento por 10 semanas. Os critérios analisados foram: dor durante a relação sexual, intensidade de dor, função sexual, aspectos psicológicos como ansiedade, depressão e medo de dor, morfologia e função dos MAP e impressão global das pacientes. Os resultados evidenciam a eficácia da fisioterapia multimodal, com a combinação de técnicas de relaxamento, alongamento e fortalecimento dos MAP (MORIN et al., 2016).

A abordagem fisioterapêutica para a vulvodínia apresenta ainda lacunas no conhecimento e no acesso aos cuidados de saúde para as mulheres, pela ausência de um protocolo de tratamento amplamente aceito, devido aos desafios clínicos e metodológicos que dificultam a pesquisa da vulvodínia. Devem ser desenvolvidas e testadas terapêuticas com critérios de elegibilidade de forma a oferecer resultados

representativos das opções de tratamento com base empírica (CORSINI-MUNT et al., 2017).

Indica-se, como recursos fisioterapêuticos para vulvodinia a conscientização pélvica e perineal para restaurar o equilíbrio muscular, alongamento dos MAP com uso de dilatadores associado, alongamento dos músculos do quadril e lombar, , biofeedback eletromiográfico para avaliar hipertonia muscular (BARDIN et al., 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TDGPP é um problema sexual feminino que pode acarretar consequências para a saúde feminina, além de afetar sua resposta sexual. Observa-se que este transtorno pode afetar a qualidade de vida das mulheres se não for identificada e tratada, o que representa um desafio, uma vez que ao longo dos anos há subdiagnóstico pela ausência de queixa feminina.

Contudo, atualmente a TDGPP vem sendo identificada pelas mulheres que passam a buscar tratamento fisioterapêutico, devido ao aumento de divulgação sobre as questões da saúde feminina desde o início do empoderamento feminino.

Neste aspecto, o tratamento fisioterapêutico destaca-se como promissor, uma vez que apresenta técnicas variadas que podem representar a cura ou o controle de TDGPP em mulheres, destacando-se a fisioterapia pélvica, a conscientização corporal da mulher, as técnicas de fortalecimento e normalização do tônus do MAP, assim como contribui para que a mulher identifique os elementos emocionais que podem causar TDGPP.

Sendo assim, esta pesquisa evidencia as técnicas de tratamento fisioterapêutico de TDGPP frente à sua eficácia na redução ou cura da dor, melhoria da resposta sexual feminina e aumento de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. Uma nova revolução sexual. **Einstein**. São Paulo, v. 12, n. 2, abr./ jun. 2014.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

- ARAÚJO, T. G.; SCALCO, S. C. P. Transtornos de dor gênito-pélvica/penetração: uma experiência de abordagem interdisciplinar em serviço público. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. v. 30, n. 1, p. 54-65, 2019.
- BARDIN, M. G.; FREDERICE, C. P.; MIRA, T. A. A.; REZENDE, L. F.; MARQUES, A. A. Dor genitopélvica. In: SILVA, M. P. P.; MARQUES, A. A.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- BASSON, R.; WIERMAN, M. E.; LANKVELD, J. V.; BROTO, L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. **J Sex Med.**, v. 1, n. 1, p. 314-326, 2010.
- BERGHMANS, B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. **Int Urogynecol J**. v. 29, n. 5, p. 631-638, may. 2018.
- BITTELBRUNN, C.C.; FRAGA, R.; MARTINS, C.; ROMANO, R.; MASSANEIRO, T.; MELLO, G. V. P.; CANGIOLIERI, M. Pelvic floor physical therapy and mindfulness: approaches for chronic pelvic pain in women-a systematic review and meta-analysis. **Arch Gynecol Obstet**. v. 307, n. 3, p. 663-672, mar. 2023.
- BRASIL, A. P. A.; ABDO, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. **Diagn Tratamento**. v. 21, n. 2, p. 89-92, 2016.
- CORSINI-MUNT, S.; RANCOURT, K. M.; DUBÉ, J. P.; ROSSI, M. A.; ROSEN, N. O. Vulvodynia: a consideration of clinical and methodological research challenges and recommended solutions. **J Pain Res**. v. 9, n. 10, p. 2425-2436, out. 2017.
- CUNHA, C. S. Atuação do fisioterapeuta no tratamento da dor gênito-pélvica/penetração com foco na abordagem da terapia manual em mulheres na menacme. **Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde**, v. 4, cap. 2, p. 30-50, 2022.
- DELGADO, A.M.; FERREIRA, I.S.V.; SOUSA, M.A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**, ano 4, n. 1, p. 47-56, out. 2014/ jan. 2015.
- GARBIN, B. M.; CODINHOTO, F. A.; CAMARGO, G. G.; ORIOLI, G. B.; BARROS, M. M.; GARBIN, R. F. Fisioterapia na musculatura do assoalho pélvico em população feminina com vaginismo: um estudo integrativo. **Journal of Biosciences and Health**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <https://jbh.faroroseira.edu.br/index.php/jbh/article/view/18>. Acesso em: 24 nov. 2023.

KINOSHITA, S. A. T.; OGNIBENI, L. C. R. Profile and quality of sexual response in women and knowledge about pelvic physiotherapy. **Revista Uningá**, v. 58, p. eUJ2858, 2021.

LARA, L. A. S.; OLIVEIRA, F. F. L. Distúrbio da dor sexual: dispareunia, vaginismo e vulvodínia. In: LARA, L. A. S.; OLIVEIRA, F. F. L.; FERNANDES, C. E.; SILVA FILHO, A. L. S. (orgs.) **Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo: FEBRASGO, 2022.

LARA, L. A. S.; PEREIRA, J. M. L. Fisiologia da resposta sexual feminina. In: LARA, L. A. S.; OLIVEIRA, F. F. L.; FERNANDES, C. E.; SILVA FILHO, A. L. S. (orgs.) **Saúde sexual da mulher: como abordar a disfunção sexual feminina no consultório ginecológico**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo: FEBRASGO, 2022.

MORIN, M.; DUMOULIN, C.; BERGERON, S.; MAYRAND, M. H.; KHALIFÉ, S.; WADDELL, G.; DUBOIS, M. F. Provoked vestibulodynia (PVD) Study Group. Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. **Contemp Clin Trials**, v. 46, p. 52-59, jan. 2016.

NAGAMINE, B. P.; SILVA, K. C. C. The use of perineal massagers and vaginal dilators as methods of physiotherapeutic treatment in Pelvic Dysfunctions: Vaginismus and Dyspareunia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e41710616028, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16028>. Acesso em: 25 nov. 2023.

ROSENBAUM, S. D. G.; SABBAG, S. P. Questionamentos contemporâneos sobre a sexualidade feminina: considerações a respeito dos aspectos culturais, sociais, biológicos e emocionais. **International Journal of Health Management Review**, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2020.

SILVA, A. P. M.; MONTENEGRO, M. L.; GURIAN, M. B. F.; MITIDIERI, A. M. S.; LARA, L. A. S.; POLI-NETO, O. B.; SILVA, J. C. R. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 39, n. 1, p. 26-30, 2017.

SOUTO, J. P. G.; HERZOG, P. R. B.; ARAUJO, L. D. The trajectory of vaginismus and its impact on the sex life of women in fertile period. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e541111638049, 2022.

TEIXEIRA, J. A.; CAMILATO, E. S.; LOPES, G. A fisioterapia pélvica melhora a dor genitopélvica/desordens da penetração? **Femina®**. v. 45, n. 3; p. 187-192, 2017.

TOMEN, A., FRACARO, G., NUNES, E. F. C., & LATORRE, G. F. S. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. **Revista De Ciências Médicas**, v. 24, n. 3, p. 121-130, 2016.

TRONCON, J. K.; PANDOCHI, H. A. S.; LARA, L. A. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. v. 28, n. 2, p. 69-74, 2017.