

# Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura

## *Effectiveness of physical therapy for vaginismus: a literature review*

Mariana Chaves Aveiro<sup>1</sup>, Ana Paula Urdiales Garcia<sup>2</sup>, Patrícia Driusso<sup>3</sup>

Estudo desenvolvido no Lamu – Laboratório de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica sobre a Saúde da Mulher do Depto. de Fisioterapia da UFSCar – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil

<sup>1</sup> Fisioterapeuta Ms.; doutoranda em Fisioterapia no Lamu/UFSCar

<sup>2</sup> Fisioterapeuta Ms.

<sup>3</sup> Profa. Dra. do Lamu / UFSCar

ENDEREÇO PARA  
CORRESPONDÊNCIA

Mariana Chaves Aveiro  
R. Profa. Nicoleta Stella  
Germano 60 ap. 63 Jardim  
Paraíso  
13561-090 São Carlos SP  
e-mail: mariaveiro@yahoo.com

**RESUMO:** O vaginismo é uma persistente contração involuntária da musculatura da vagina que interfere na penetração, impedindo a relação sexual e podendo comprometer as relações interpessoais e conjugais, para o qual algumas estratégias de fisioterapia têm sido propostas. O objetivo desta revisão foi avaliar a efetividade de tratamentos fisioterapêuticos propostos para o vaginismo. Foram levantados estudos em que o diagnóstico clínico da amostra fosse vaginismo, nas bases de dados Pubmed e Scielo, entre 1998 e 2009. Foram excluídos artigos de revisão, estudos transversais, ou em que as participantes referiam sinais e sintomas de vaginismo decorrentes de outras doenças, ou ainda com intervenções não realizadas por fisioterapeutas. Foram identificados apenas três estudos que se adequaram a esses critérios, em que foram utilizadas as terapias: sexual cognitiva comportamental associada à estimulação elétrica funcional com *biofeedback*; de dessensibilização por dilatadores de silicone; e a proposta por Masters & Johnson. Os estudos foram avaliados como de baixa qualidade metodológica e não forneciam evidências consistentes para a intervenção fisioterapêutica no vaginismo. Não foi possível efetuar uma metanálise, mas uma revisão crítica, devido à escassez de trabalhos. Portanto, não foram encontradas evidências consistentes de intervenção clínica satisfatória para o vaginismo. Requerem-se estudos clínicos randomizados, de alta qualidade, para comprovar a efetividade dos tratamentos propostos.

**DESCRIPTORES:** Dispareunia; Fisioterapia (Especialidade); Vaginismo/reabilitação

**ABSTRACT:** Vaginismus is an involuntary contraction of the vaginal muscles which makes sexual intercourse difficult or impossible – hence interfering in personal and marital relationships – for which physical therapy strategies have been proposed. The aim of this review was to assess the effectiveness of physical therapy interventions for vaginismus. Clinical trials in which participants were diagnosed with vaginismus were searched for in Scielo and Pubmed databases between 1998 and 2009. Exclusion criteria were: review and transversal studies; studies where patients presented signs and symptoms of vaginismus resulting from other diseases; and studies in which the interventions proposed can't be carried out by physical therapists. Only three studies were found, in which the following therapies were used: Master & Johnson's; sexual cognitive-behavioural therapy plus functional electrical stimulation-biofeedback; and desensitization by silicone dilators. All three studies were evaluated as having poor methodological quality and did not provide consistent evidence for clinical interventions in vaginismus. Due to the scarcity of studies found, no meta-analysis was done, only a critical review. No consistent evidence could thus be found on satisfactory clinical physical therapies for vaginismus. Further randomized clinical trials, of high quality, are needed to assess the effectiveness of the treatments proposed.

**KEY WORDS:** Dyspareunia; Physical therapy (Specialty); Vaginismus/rehabilitation

APRESENTAÇÃO  
maio 2009

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO  
jul. 2009

## INTRODUÇÃO

A disfunção sexual na mulher pode influenciar sua saúde física e mental resultando em dificuldades pessoais e interpessoais, levando à diminuição da qualidade de vida<sup>1</sup>. Dentre os transtornos sexuais femininos, não é rara a queixa de vaginismo e dispareunia (dor durante a relação sexual).

O vaginismo é uma contração recorrente ou persistente quando se tenta a penetração vaginal com o pênis, dedo, tampão ou espéculo; o mesmo espasmo pode ocorrer perante a antecipação da introdução vaginal. A contração ocorre nos músculos perineais e elevador do ânus e sua intensidade pode variar de ligeira, tolerando algum tipo de penetração, a grave, impossibilitando-a<sup>2</sup>. Pode levar a repercussões de contração dos músculos do assoalho pélvico e adutores da coxa, impedindo a relação sexual<sup>3,4</sup>. É um forte preditor de distresse, complicações interpessoais e problemas conjugais<sup>3</sup>.

No Brasil, em um estudo envolvendo 1.219 mulheres, foi observado que a disfunção sexual atinge 49% das mulheres com pelo menos uma queixa, tendo 23% relatado apresentar dispareunia<sup>5</sup>. Tais dados são comparáveis aos de outros países<sup>6</sup>. Ainda, no estudo de Reissing *et al.*<sup>7</sup>, foi relatado que 10 a 15% das mulheres tiveram experiência de algum tipo de dor na relação sexual, levando a suspeita de vaginismo. Não existe epidemiologia clara a respeito da prevalência de vaginismo na população<sup>8</sup>. No estudo de Shokrollahi<sup>9</sup>, no qual foram estudadas mulheres que faziam parte de um programa em clínicas de planejamento familiar no Irã, o índice de mulheres que sofriam de vaginismo foi de 12%. Aproximadamente 10% a 20% das mulheres que procuram assistência devido a alguma disfunção sexual sofrem dessa desordem<sup>10</sup>. A prevalência de vaginismo é mais rara (1% a 6%)<sup>2</sup>, porém ainda não é possível determinar sua real prevalência na população, devido à escassez de estudos na literatura.

O vaginismo pode ser classificado em primário e secundário. O primário é definido quando a mulher é incapaz de manter relações sexuais devido às con-

trações involuntárias da parede da vagina; o secundário ocorre quando a mulher eventualmente teve relações sexuais, porém não é mais hábil a mantê-las devido à mesma etiologia. É geralmente nesses casos que o vaginismo vem acompanhado de dispareunia<sup>3</sup>.

Sua etiologia não está bem esclarecida, mas uma das causas para a ocorrência do vaginismo é ansiedade fóbica das mulheres antes da penetração vaginal. Os fatores psicossociais estão geralmente ligados à educação sexual castradora, punitiva e/ou religiosa e a vivências sexuais traumáticas<sup>11</sup>. Dentre outras causas físicas podem-se citar anormalidades do hímen, anormalidades congênitas, atrofia vaginal, endometriose, infecções, lesões na vagina, tumores, doenças sexualmente transmissíveis, congestão pélvica<sup>8</sup>.

Uma série de tratamentos foram propostos para o vaginismo. Incluem combinação de dessensibilização (*in vivo* ou *in vitro*) associada ao uso de dilataadores; terapia sexual (individual ou de casal) que consiste de educação, tarefas domiciliares e terapia cognitiva<sup>12,13</sup>. Ainda, alternativas de tratamento incluem farmacoterapia<sup>14</sup>, hipnoterapia<sup>15</sup> e injeções de toxina botulínica<sup>16</sup>. Rosenbaum<sup>17</sup> defende a importância da fisioterapia no tratamento primário do vaginismo por meio de técnicas de terapia manual, exercícios para o assoalho pélvico, diferentes modalidades de estimulação elétrica e termoterapia, e biorretroalimentação.

No entanto, ainda são restritos os estudos sobre terapia física como terapêutica do vaginismo, sendo encontrada apenas uma revisão sistemática na literatura<sup>3</sup>, que entretanto não deu ênfase à fisioterapia e também investigava a efetividade da participação do parceiro durante o tratamento. Assim, o objetivo desta revisão foi averiguar a efetividade dos tratamentos fisioterapêuticos propostos para o vaginismo.

## METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi feito nas bases Scielo ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)) e Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)). Na base Scielo foram pesquisadas as palavras-

chave vaginismo e dispareunia. Na base Pubmed foram pesquisados os termos *vaginismus* (vaginismo), *dyspareunia* (dispareunia), *physical therapy* (fisioterapia) e *rehabilitation* (reabilitação). Os termos foram pesquisados em associação, considerando o período de 1998 a janeiro de 2009.

Na base Scielo foram encontrados apenas dois artigos com o termo de pesquisa "dispareunia", que não se referiam ao vaginismo; assim, não foi necessária a associação de termos. Na base Pubmed foram encontrados 52 artigos associando-se os termos de pesquisa, dos quais apenas três se enquadraram nos critérios de inclusão. Foram incluídos os estudos que avaliaram a efetividade de qualquer tipo de tratamento clínico, por meio da habilidade de penetração vaginal e diminuição da dispareunia, que recorressem a terapia física possível de ser implementada por fisioterapeutas.

Os artigos foram obtidos na base de periódicos da Capes ([www.periodicos.capes.gov.br](http://www.periodicos.capes.gov.br)) e/ou solicitados aos autores. De dois artigos<sup>15,16</sup> não foi possível obter a íntegra, mas considerou-se satisfatória sua apresentação e discussão feita na revisão sistemática de McGuire e Hawton<sup>3</sup>. Após leitura do resumo e/ou artigo, foram excluídos os artigos de revisão, estudos transversais e aqueles em que as participantes referiam sinais e sintomas de vaginismo decorrentes de outras doenças, como diagnósticos de vestibulite ou vestibulodínia, vulvodínia ou cistite. Foram excluídos, ainda, todos os artigos em que a reabilitação foi baseada em métodos invasivos não praticados por fisioterapeutas.

Os artigos selecionados foram analisados na íntegra por meio de roteiro estruturado com a contemplação dos seguintes itens: amostra, delimitação da pesquisa, desfechos avaliados, características da intervenção e efeitos encontrados. Nos estudos analisados, as amostras incluíam mulheres de 19 a 55 anos, com diagnóstico de vaginismo segundo critérios da American Psychiatric Association (APA)<sup>2</sup>, e/ou classificação de vaginismo segundo Lamont<sup>18</sup>.

**Quadro 1** Estudos clínicos revisados sobre vaginismo

Autoria/ tipo	Amostra, critérios	Desfechos avaliados	Intervenção	Resultados
Schnyder et al. <sup>21</sup> Estudo clínico randomizado (mas 2 pcts mudaram de grupo, pois negaram-se a ficar no grupo <i>in vivo</i> )	Diag: vaginismo, segundo o DSM-III-R Exclusão: outras disfunções físicas ou somáticas prevalentes Pcts: Grupo <i>in vivo</i> (n=21); Grupo <i>in vitro</i> (n=23); Idade: 19-55 anos	- variáveis socio-demográficas; história sexual; estado sexual subjetivo; - capacidade de penetração vaginal; - dispareunia; severidade da doença sexual; - desejo sexual; - orgasmo, satisfação com relacionamento	Grupo <i>in vivo</i> : exercícios de relaxamento, instruções para a auto-introdução do dilatador e o mesmo introduzido pelo terapeuta Grupo <i>in vitro</i> : instruções para a introdução do dilatador Materiais: lubrificantes e dilatadores vaginais de silicone em 4 diferentes tamanhos Exercícios: por 10 a 15 minutos, 5 dias na semana	97,7% dos pacientes conseguiram penetração vaginal satisfatória; 50% ainda apresentavam alguma dor. Não houve diferença entre os grupos. No seguimento (n=39) 50% relataram que o vaginismo desapareceu completamente, e 47% que melhorou. Desejo sexual aumentou em 35,9%, manteve-se em 51,3% e diminuiu em 12,8%. Capacidade de orgasmo melhorou em 17,9%, manteve-se em 79,5% e piorou em 2,6%.
Seo et al. <sup>22</sup> Estudo clínico de série de casos	Diag: vaginismo, segundo o DSM-III-R Inclusão: declaração dos parceiros de que tentativas prévias de penetração vaginal com pênis ereto falharam; espasmo observável ao exame físico dos músculos do assoalho pélvico e adução das coxas. Pcts: 12 da lista de espera, nulíparas Idade: 27-33 anos	- <i>Multi-phasic personality inventory</i> ; teste Gestalt de Bender; teste <i>House tree person</i> ; - escala de inteligência Korea-Wechsler adulto; teste de completar sentenças; - teste de Rorschach; - capacidade de penetração vaginal	- Informações sobre anatomia e fisiologia sexual - Relaxamento muscular semanal por FES e biorretroalimentação - Quando pcts toleravam manipulação vaginal, receberam 4 dilatadores de tamanhos diferentes para treino em casa - Oito estágios de evolução gradual de dessensibilização: introdução na vagina de objetos ou dedos de tamanho crescente, por 10 a 15 minutos, 5 dias da semana	Todas as 12 mulheres completaram o programa, consumaram o casamento e um questionamento detalhado sugeriu penetração completa e ejaculação. Todas toleraram a inserção de dilatadores vaginais mais largos, e obtiveram penetração vaginal satisfatória.
Jeng et al. <sup>20</sup> Estudo clínico de série de casos	Diag: vaginismo, segundo a classificação de Lamont <sup>18</sup> Inclusão: casais sem sucesso na penetração vaginal desde a primeira tentativa Exclusão: pcts que se recusaram ao diagnóstico e/ou tratamento Pcts: 120 casais que visitaram o centro clínico entre 1991 e 2004 (não há dados sobre idade dos pcts)	- capacidade de penetração vaginal; - dispareunia; - desejo sexual; - orgasmo	- Terapia sexual de Masters & Johnson (1970), modificada por Kaplan (1974); - exercícios de Kegel e de dilatação vaginal usando os próprios dedos e do parceiro; - relaxamento dos músculos pubococígeos; - aconselhamento dos casais; - aplicação local de xilocaína gel, analgésicos orais e relaxantes musculares antes de tentativas de penetração; - penetração com o homem embaixo, e, posteriormente, penetração sem retirada do pênis, com a mulher embaixo.	93,3% dos casais tiveram penetração vaginal satisfatória depois do tratamento e com 3 meses de seguimento; 83,3% também relataram orgasmos. Um ano após a terapia 63,3% das mulheres estavam grávidas ou tinham tido o primeiro filho.

Pct/s = pacientes/participante/s; Diag = diagnóstico; DSM-III-R = Diagnostic and statistical manual of mental disorders; FES = estimulação elétrica funcional

Para verificar a qualidade dos ensaios clínicos selecionados, foi aplicada a escala de qualidade de Jadad et al.<sup>19</sup>, que consiste em cinco questões sobre o estudo, com pontuação total de zero a cinco. As questões são: se o estudo foi definido como aleatório, se foi duplo-cego, se apresentou métodos de randomização

e de mascaramento adequados, e se descreveu perdas e exclusões. Pesquisas com pontuação inferior a três pontos são consideradas de baixa qualidade metodológica e com poucas possibilidades de extrapolação dos resultados para a prática clínica.

Devido ao escasso número de estudos clínicos sobre o assunto e à grande variabilidade entre as intervenções propostas, foi feita análise por revisão crítica dos conteúdos, com impossibilidade de análise estatística por meta-análise dos resultados.

## RESULTADOS

Nenhum artigo foi encontrado na base de dados Scielo, como mencionado. Dentre os 52 localizados na base de dados Pubmed, associando-se os termos de pesquisa, apenas três se enquadraram nos critérios de inclusão, ou seja, 49 estudos foram excluídos após leitura dos resumos e/ou do artigo na íntegra.

Os três estudos selecionados<sup>20-22</sup> para esta revisão são descritos no Quadro 1 quanto a desenho metodológico, amostra, desfechos analisados, intervenção e resultados. No que se refere à qualidade metodológica, o estudo de Jeng *et al.*<sup>20</sup> pontuou 1 na escala proposta por Jadad *et al.*<sup>19</sup>, sendo portanto considerado de qualidade pobre. Apenas conseguiu pontuar positivamente no item referente à descrição das perdas e exclusões. E, ainda, não descreve características dos pacientes, como faixa etária. Schnyder *et al.*<sup>21</sup> também pontuaram 1 na escala de qualidade<sup>19</sup>, sendo o estudo portanto de qualidade pobre. Mesmo randomizado, não é duplo-cego e não descreve adequadamente a randomização; e, ainda, as pacientes puderam optar por alterar a opção de tratamento após a randomização, o que pode ter enfraquecido a consistência dos resultados. Quanto ao terceiro estudo<sup>22</sup>, da mesma forma obteve pontuação 1 na escala de Jadad *et al.*<sup>19</sup>, sendo considerado de qualidade pobre. Apenas conseguiu pontuar positivamente no item referente à descrição das perdas e exclusões, pois dei-

xa claro que não houve perdas. Entretanto, a amostra pode ser considerada pequena, de apenas 12 mulheres.

## DISCUSSÃO

Houve dificuldade em encontrar estudos em que o critério diagnóstico das participantes fosse vaginismo, para inclusão na presente revisão, revelando ser esta uma área pouco explorada. Os artigos foram excluídos, em sua maioria, ou porque as participantes não apresentavam diagnóstico de vaginismo, ou porque não estudaram intervenção clínica, sendo estudos transversais ou de revisão. McGuire e Hawton<sup>3</sup> elaboraram uma revisão sistemática de intervenções para o vaginismo, mas consideraram o período 1966-2001, com nova busca realizada em maio de 2005, sem inclusão de novos estudos. Diferentemente, a presente revisão incluiu o período de 1998-2009 e não considerou como critério de inclusão a participação do parceiro durante o tratamento, como no estudo citado<sup>3</sup>. Além de um artigo discutido por McGuire e Hawton<sup>3</sup>, foram incluídos apenas mais dois estudos, de Jeng *et al.*<sup>20</sup> e de Seo *et al.*<sup>22</sup>.

Os três estudos selecionados foram considerados de baixa qualidade, não fornecendo evidências consistentes para subsidiar a prática clínica. No único dentre eles que foi randomizado, foi permitido a algumas participantes alterar a opção de tratamento após a randomização, o que pode ter enfraquecido a con-

fiança nos resultados. E, ainda, não descreveu qualquer mascaramento dos sujeitos ou do responsável pela intervenção<sup>21</sup>.

A baixa qualidade dos estudos sugere fraca evidência de eficácia dos tratamentos propostos: de dessensibilização por dilatadores de silicone tanto *in vivo* quanto *in vitro*<sup>21</sup>; terapia sexual cognitiva comportamental associada a estimulação elétrica funcional – biorretroalimentação<sup>22</sup>; e terapia sexual segundo a proposta de Masters e Johnson<sup>20</sup>.

Assim, os resultados demonstram a necessidade de se realizarem estudos clínicos de qualidade, controlados e randomizados, para avaliar a efetividade dos tratamentos disponíveis para o vaginismo, já que esta é uma importante disfunção sexual que pode resultar em piora da qualidade de vida dos casais e comprometimento da fertilidade.

## CONCLUSÃO

Não foram encontrados dados consistentes para confirmar a efetividade de intervenção fisioterapêutica satisfatória no vaginismo. Pode ser que a dessensibilização por dilatadores de silicone tanto *in vivo* quanto *in vitro*, a terapia sexual cognitiva comportamental associada à estimulação elétrica funcional, bem como a terapia sexual segundo a proposta por Masters e Johnson sejam tratamentos efetivos; no entanto, tornam-se necessários estudos clínicos randomizados de alta qualidade para essa comprovação.

## REFERÊNCIAS

- 1 Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am*. 2002;29:685-93.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision. 4th ed. Washington; 2000.
- 3 McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;2: CD001760. DOI: 10.1002/14651858.
- 4 Polden M, Mantle J. Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia. 2a ed. São Paulo: Santos; 2000.
- 5 Abdo CH, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16:160-6.
- 6 West SL, Vinikoor LC, Zolnoun. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:40-172.
- 7 Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(5):261-74.

## Referências (cont.)

---

- 8 Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav.* 1990;19(4):389-408.
- 9 Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei GH. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at a family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther.* 1999;25:211-5.
- 10 Hawton K, Catalan J. Prognostic factors in sex therapy. *Behav Res Ther.* 1986;24(4):377-85.
- 11 Lopes GP, Claro JA, Rodrigues Júnior OM. Disfunções sexuais femininas. *Int Braz J Urol.* 2003;29(4):29-34.
- 12 Drenth JJ, Andriessen S, Heringa MP, Van de Wiel HB, Weijmar-Schultz WC. Connections between primary vaginismus and procreation:some observations from clinical practice. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1996;17:195-201.
- 13 O'Donohue W, Dopke CA, Swingen DN. Psychotherapy for female sexual dysfunction: a review. *Clin Psychol Rev.* 1997;17:537-66.
- 14 Rosen RC, Leiblum SR. Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63:877-90.
- 15 Mikhail AR. Treatment of vaginismus by IV diazepam (Valium) abreaction interviews. *Acta Psychiatr Scand.* 1976;53:328-32. apud McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;2: CD001760. DOI: 10.1002/14651858.
- 16 Lew-Starowicz Z. Results of treatment of women with diagnosed vaginismus. *Ginekol Pol.* 1982;33:691-4. apud McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;2: CD001760. DOI: 10.1002/14651858.
- 17 Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:329-40.
- 18 Lamont JA. Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol.* 1978;131:632-6.
- 19 Jadad AR, Moore RA, Carrol D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* 1996;17(1):1-12.
- 20 Jeng CJ, Wang LR, Chou CS, Shen J, Tzeng CR. Management and outcome of primary vaginismus. *J Sex Marital Ther.* 2006;32:379-87.
- 21 Schnyder U, Schnyder-Lüthi C, Ballinari P, Blaser A. Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization. *Can J Psychiatry.* 1998;43:941-4.
- 22 Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology.* 2005;66:77-81.