



Revisão de literatura referente ao vaginismo

Gleicielle de Oliveira Casimiro^{1*}; Natália Malavasi Vallejo²

^{1*}Acadêmico do Curso de Fisioterapia, Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná - JPR, Ji-Paraná, RO, Brasil. Email:gleicielecassimiro@outlook.com

²Docente do Curso de Biomedicina e Farmácia do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná – São Lucas JPR, Ji-Paraná, RO, Brasil. E-mail: natalia.vallejo@saolucasjiparana.edu.br.

1. Introdução

Atualmente, o vaginismo é classificado na categoria de dor genitopélvica/distúrbio de penetração, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5 Associação Psiquiátrica Americana, 2013; Topdagi et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde, em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), enfatizou a dor associada ao vaginismo e a categorizou como um distúrbio da dor de penetração sexual feminina (Organização Mundial de Saúde, 2021).

O vaginismo pode ser classificado de acordo com a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-V) como primário, quando a mulher nunca teve relações sexuais, ou secundário ou adquirido, quando a mulher perde a capacidade de ter relações sexuais, geralmente como resultado de dispareunia adquirida secundária a eventos físicos, fatores mentais e psicológicos, infecção ou alterações da menopausa.

Além disso, o vaginismo é classificado como vaginismo total, onde a relação sexual não é possível, e vaginismo parcial, em que a relação sexual é possível, mas causa dor genital (Associação Psiquiátrica Americana, 2013; Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças, 2021; Velayati et al., 2019; Fageeh et al., 2011).

A disfunção sexual, cuja prevalência varia entre 20 a 73% nas mulheres, é um comportamento resultante de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se torna um bloqueio total ou parcial da resposta sexual do indivíduo, relacionada ao desejo, à excitação e ao orgasmo (PRADO *et al.*, 2010; VETTORAZZI *et al.*, 2012)

A sua incidência no número de consultas por disfunções sexuais varia entre 5 e 20% (Mears *et al.*, 1978; Bancroft *et al.*, 1983; Heisler *et al.*, 1983; Spector *et al.*, 1990; Lahaie *et al.*, 2010), mas é altamente provável que seja subnotificada devido à sensibilidade do transtorno e à vergonha geralmente associada a este problema. (Prado *et al.*, 2010; Vettorazzi *et al.*, 2012). Embora o estudo e o interesse científico pela sexualidade e pela patologia sexual existam há séculos, só a partir de meados do século XX é que surgiu um interesse com características verdadeiramente científicas, a partir dos trabalhos de (Kinsey *et al.*, 1967; Masters *et al.*, 1994). Marion Sims, em 1862, usou o termo vaginismo pela primeira vez para descrever contrações involuntárias recorrentes e persistentes dos músculos perineais durante a penetração, resultando em ansiedade, medo e dor (Boyer *et al.*, 2011).

A prevalência do vaginismo varia entre países desenvolvidos e em desenvolvimento devido a diferenças culturais e varia de 1 a 60%.(Ferreira et al.,2012; Yaraghi et al., 2019; Velayati et al., 2021).

Episódios repetidos de vaginismo e relações sexuais fracassadas afetam a saúde sexual e o bem-estar da mulher, diminuem a autoconfiança, afetam as relações conjugais e fora de casa e levam à infidelidade e ao divórcio. Assim como a procriação define o casamento e a vida sexual saudável, o vaginismo afeta a saúde emocional do casal dentro do casamento; portanto, o tratamento e a melhora do vaginismo são de suma importância (Fageeh *et al.*, 2011; Associação Psiquiátrica Americana, 2013; Velayati *et al.*, 2019; Velayati *et al.*,2021). O objetivo do trabalho é explicar o impacto do vaginismo na saúde das mulheres.

2. Materiais E Métodos

O presente trabalho é uma revisão bibliográfica dos últimos anos da literatura científica através de busca no Scielo, utilizando o termo como vaginismo, foram selecionados todos os artigos que possuíam estudos relacionando com a palavra-chave vaginismo buscadas dos quais alguns foram utilizados, e outros foram descartados abaixo segue o quadro 1 onde apresenta-se os trabalhos utilizados.

3. Resultados E Discussão

A partir dos critério estabelecidos para a busca dos artigos foram encontrados 9 artigos e 8 foram selecionados dentre os artigos.

Tabela 1. Artigos selecionados para a elaboração do estudo.

AUTORES	TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO
HOLANDA, J. B., <i>et al</i>	Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto.	2014
HELMI, Z. R.	Estudo comparativo de 150 vs. 200 unidades de toxina botulínica como tratamento para vaginismo.	2022
BLANCO, E. D., <i>et al</i>	Dispareunia e vaginismo, distúrbios sexuais devido à dor.	2020
AMARAL, A. D., <i>et al</i>	Transtorno de dor/penetração genito-pélvica feminina: revisão dos fatores relacionados e abordagem geral.	2018
CARVALHO, J. C. G. R., <i>et al</i>	Abordagem terapêutica multimodal do vaginismo: uma abordagem inovadora através da infiltração de pontos-gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo.	2017
PERFETTI, A. M., <i>et al</i>	Avaliação da qualidade de vida em mulheres com vaginismo primário por meio do WHOQOL-BREF.	2014
PERFETTI, A. M., <i>et al</i>	Coerência sistêmica e de identidade em mulheres com vaginismo primário.	2014

Atualmente, quase metade da população feminina mundial sofre de algum tipo de disfunção sexual (Cahana *et al.*, 2006). O vaginismo é um desses distúrbios e estima-se que afete até 7% das mulheres, número que pode representar uma subestimação, pois muitas dessas pacientes tendem a ser bastante reservadas e a não compartilhar seu problema de saúde (Pacik *et al.*, 2011).

A média de idade das pacientes com vaginismo esteve de acordo com estudo de (28,8–30,8 anos) e ligeiramente superior à média de idade dos pacientes (21–28 anos) relatada na literatura (Fagee *et al.*, 2011; Michetti *et al.*, 2014; Velayati *et al.*, 2021). A diferença pode dever-se a casamentos tardios e a tabus culturais; as mulheres não falam abertamente sobre problemas sexuais.

Em relação aos fatores genéticos, foram encontrados polimorfismos que causam maior vulnerabilidade a doenças inflamatórias associados à vestibulodinia provocada. Infecções repetidas do trato urinário e uso precoce e prolongado de contraceptivos orais também têm sido associados a esta condição (Meana *et al.*, 2017). Algumas pesquisas sugerem um aumento da sensibilidade à dor nessas mulheres, provavelmente devido à hiperinervação, que pode resultar de fatores genéticos, hormonais ou inflamatórios (Pukall *et al.*, 2016).

No entanto, a etiologia também pode ser principalmente física. Na verdade, as mulheres com suspeita diagnóstica devem ser submetidas a um exame cuidadoso, pois uma avaliação básica não consegue encontrar respaldo para suas queixas (Silva *et al.*, 2009). As possíveis origens da dor são malformações do hímen, clitóris ou lábios; doenças sexualmente transmissíveis; endometriose; doença inflamatória pélvica; Câncer; lubrificação insuficiente; atrofia vaginal ou cicatrização anormal de feridas (Silva *et al.*, 2009; Pacik *et al.*, 2011).

Os esquemas cognitivos, no contexto da sexualidade, são definidos como ideias nucleares que os indivíduos têm sobre a sexualidade e sobre si mesmos como seres sexuais. Indivíduos com disfunção sexual apresentam crenças e expectativas sobre a sexualidade que geralmente são irrealistas e imprecisas (Nobre *et al.*, 2009). Os esquemas cognitivos têm origem em experiências passadas; eles se refletem nas ações atuais e orientam o comportamento sexual futuro.

Portanto, podem ser fatores predisponentes ao desenvolvimento de disfunções sexuais. Em mulheres com disfunção sexual, incluindo vaginismo, há uma ativação significativamente maior de esquemas cognitivos negativos, resultando em baixo envolvimento afetivo, evitação da intimidade e níveis mais elevados de ansiedade antecipatória em relação ao abandono (Nobre *et al.*, 2008).

Nessas mulheres, esquemas cognitivos de incompetência, diferença/solidão, autodepreciação rejeição são frequentemente observadas (Nobre *et al.*, 2008). Num outro estudo, mulheres com disfunção sexual, incluindo vaginismo, apresentavam uma prevalência significativamente maior de esquemas mal-adaptativos precoces, nomeadamente no domínio da autonomia e desempenho prejudicados: eram notórios o fracasso, a dependência/incompetência e a vulnerabilidade ao perigo (Oliveira *et al.*, 2013).

No geral, estes resultados indicam que as mulheres com disfunção sexual tendem a interpretar eventos sexuais negativos como um sinal de incompetência e fracasso pessoal (Amaral; Pinto, 2018).

O vaginismo tende a ser um problema psicossomático. Ou seja, embora numa elevada percentagem de casos a etiologia pareça estar relacionada com problemas psicológicos, a reacção espasmódica que impede a penetração é física (Silva *et al.*,2009). Psicologicamente, muitas destas mulheres partilham uma história de relações sexuais traumáticas, aversão sexual ou constrangimentos familiares e/ou religiosos negativos em relação ao sexo, uma história não descrita no nosso caso (Silva *et al.*,2009; Pacik *et al.*,2011).

Por outro lado, a resposta do parceiro à dor feminina parece influenciar a sua percepção: os homens que encorajam estratégias de adaptação adaptativas e reforçam as tentativas de ter relações sexuais em parceria estão associados a taxas mais baixas de dor nas mulheres e a um melhor funcionamento sexual geral. Por outro lado, tanto os homens hostis, que se enfurecem facilmente diante de qualquer sinal de dor, quanto os homens excessivamente compreensivos e solícitos, que interrompem imediatamente toda atividade sexual ao primeiro sinal de desconforto da parceira, estão associados ao aumento da dor, mais depressão, sintomas e menor satisfação conjugal (Amaral; Pinto, 2018).

A explicação parece ser que um parceiro excessivamente solidário não estimula a procura de respostas adaptativas à dor, mas sim a evitação da relação sexual (Rosen *et al.*,2014). As diferenças entre as respostas dos parceiros parecem estar associadas às suas próprias distorções cognitivas (Davis *et al.*,2015). As atribuições negativas de dor (Internalidade – responsabilidade pessoal; globalidade – o problema afeta todas as dimensões da vida; e estabilidade – persistência do problema no futuro) feitas pelo parceiro aumentam o seu sofrimento.(Jodoin *et al.*,2008). Embora a dor seja sentida pela mulher, é importante reconhecer que ela também afeta o parceiro. O medo da dor leva à evitação da penetração e, em última análise, à evitação do parceiro (Bomstein *et al.*,2015). A comunicação sexual entre o casal melhora a satisfação sexual das mulheres, possivelmente por permitir uma discussão aberta sobre a dor e por aumentar o repertório sexual do casal (Bergeron *et al.*,2014; Anderson *et al.*,2016).

4. Considerações finais

Conclui-se que grande parte da população do sexo feminino sofre com o vaginismo, o mesmo é resultado de vários fatores que se predisõem como: sexo, idade, etiologia, relacionamentos, fatores genéticos, psicossociais, ambientais e culturais.

O vaginismo é uma disfunção que afeta diretamente na qualidade de vida das mulheres. Portanto é fundamental que o vaginismo seja conhecido para que seja tratado de forma eficaz, evitando assim que muitas mulheres sofram e tenham relacionamentos frustrados, pois a dor e o desconforto implicam diretamente na vida sexual, o que ocasionam outros problemas psicológicos, como a ansiedade, depressão. É importante sobrepujar que o vaginismo é uma condição reversível, com o tratamento adequado é possível converter o quadro e ter uma qualidade de vida plena e satisfatória.

5. Referências

Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª edição. Washington (DC): Associação Americana de Psiquiatria; 2013.

Anderson AB, Rosen NO, Price L, Bergeron S. Associações entre cognições de penetração, dor genital e bem-estar sexual em mulheres com vestibulodinia provocada. *J Sex Med* 2016;13(03): 444-452 Doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.024.

Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, e outros; comitê de consenso de terminologia da dor vulvar da Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal (ISSVD); Sociedade Internacional para o Estudo da Saúde Sexual da Mulher (ISSWSH); Sociedade Internacional de Dor Pélvica (IPPS). ISSVD, ISSWSH e IPPS 2015.

Bergeron S, Likes WM, Steben M. Aspectos psicosssexuais da dor vulvovaginal. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(07): 991-999 Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.007.

Fageeh WM. Diferentes modalidades de tratamento para vaginismo refratário no oeste da Arábia Saudita. *J Sexo Med.* 2011;8(06):1735–1739. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02247.

Ferreira JR, Souza RP. Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology.* 2012;89(5-6):256–259. Doi: 10.1159/000337383.

Lahaie M, Boyer S, Amsel R, Khalife S, Binik Y. Vaginismo: uma revisão da literatura sobre classificação/diagnóstico, etiologia e tratamento. *Saúde da Mulher* 2010;6:705-19.

Mears E. Clínicas de problemas sexuais. Uma avaliação do trabalho de 26 médicos formados pelo Instituto de Medicina Psicosssexual. Londres. *Saúde Pública Londres* 1978;92:218-23.

Pacik PT. Vaginismo: revisão dos conceitos atuais e tratamento com injeções de botox, injeções de bupivacaína e dilatação progressiva com paciente sob anestesia. *Aesth Plast Surg.* 2011;35:1160-4.

Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, et al. Vulvodínia: definição, prevalência, impacto e fatores fisiopatológicos. *J Sex Med* 2016;13(03):291-304 Doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.021

Prado DS, Mota VP, Lima TI. [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(3):139-43. Portuguese.

Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, et al. Vulvodinia: definição, prevalência, impacto e fatores fisiopatológicos. *J Sex Med* 2016;13(03):291-304 Doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.021

Kinsey A, Pomeroy W, Martin C. *Comportamento Sexual Masculino*. Século XX, 1ª edição, 1967.

Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhardt P. *O comportamento sexual das mulheres*. Século XX, 1ª edição, 1967.

Masters W, Johnson V. *Resposta Sexual Humana*. Intermédico. 1ª reimpressão, 1978.

Mestres W, Johnson V, Kolodny R. *Sexualidade Humana*. Grijalbo. 7ª edição, 1987.

Michetti PM, Silvaggi M, Fabrizi A, Tartaglia N, Rossi R, Simonelli C. Casamento não consumado: ainda pode ser considerado uma consequência do vaginismo? *Int J Impot Res*. 2014;26(01):28–30. Doi: 10.1038/ijir.2013.24.

Meana M, Fertel E, Maykut C. Tratamento da dor genital associada à relação sexual. In: Peterson ZD, ed. *O Manual Wiley de Terapia Sexual*. Chichester: Wiley Blackwell; 2017:98-114.

Meana M, Fertel E, Maykut C. Tratamento da dor genital associada à relação sexual. In: Peterson ZD, ed. *O Manual Wiley de Terapia Sexual*. Chichester: Wiley Blackwell; 2017:98-114.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Esquemas cognitivos associados a eventos sexuais negativos: uma comparação entre homens e mulheres com e sem disfunção sexual. *Arch Sex Behav* 2009;38(05): 842-851 Doi: 10.1007/s10508-008-9450-x.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Preditores cognitivos e emocionais de disfunções sexuais femininas: resultados preliminares. *J Sex Marital Ther* 2008;34(04):325-342 Doi: 10.1080/00926230802096358.

Nusbaum M, Gamble G, Skinner B, Heiman J. A alta prevalência de preocupações sexuais entre mulheres que procuram cuidados ginecológicos de rotina. 49 :229-32.

Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. O papel dos fatores pessoais na qualidade de vida entre mulheres iranianas com vaginismo: uma análise de caminho. *Resultados em saúde e qualidade de vida*. 2021;19(01):166. Doi: 10.1186/s12955-021-01799-5.

Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. [Sexuality and the postpartum period: a literature review]. Rev HCPA. 2012; 32(4):473-9. Portuguese.

Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. O Botox pode ajudar mulheres com vaginismo? Uma revisão sistemática e meta-análise. Int J Saúde Sexual. 2019;31(03):233–243. Doi: 10.1080/19317611.2019.1616029.

Pacik P. Vaginismus: Revisão dos conceitos atuais e tratamento usando injeções de botox, injeções de bupivacaína e dilatação progressiva com o paciente sob anestesia. Estética Plast Surg 2001;35:1160-4.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças (CID) [Internet]. 2021 [consultado em 27 de maio de 2021].

Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. A prevalência e causas de problemas sexuais entre mulheres turcas na pré-menopausa. 4:1575-81.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças (CID) [Internet]. 2021 [consultado em 27 de maio de 2021].

Reissing E, Binik Y, Khalife S. O vaginismo existe? Uma revisão crítica da literatura. J Nerv Ment Dis 1999;187:261-74.

Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparando a eficácia da estimulação elétrica funcional via terapia sexual cognitiva/comportamental dos músculos do assoalho pélvico versus injeção local de toxina botulínica no funcionamento sexual de pacientes com vaginismo primário: um ensaio clínico randomizado. Int Urogynecol J Disfunção do assoalho pélvico. 2019;30(11):1821–1828. Doi: 10.1007/s00192-018-3836-7