

# Técnicas fisioterapêuticas para a dor sexual em mulheres: revisão sistemática

## *Physical therapy techniques for sexual pain: a systematic review*

Camilly Souza <sup>1</sup>; Maricelle M. Tavares Vaz<sup>1</sup>; Adilson Andrade <sup>1</sup>; Erica Feio Carneiro Nunes <sup>2</sup>; Gustavo Fernando Sutter Latorre <sup>3</sup>.

### RESUMO

**Contexto:** A vulvodínia e a vestibulodínia são transtornos dolorosos, funcionalmente limitantes, porém ainda pouco estudados. Constituem em relevante problema de saúde pública e assim, exercem impacto negativo sobre a qualidade de vida, sexualidade e os relacionamentos interpessoais. Porém, tem sido descrito benefício no tratamento da dor sexual por meio da fisioterapia pélvica, a partir de técnicas como a TENS, terapia manual intravaginal, biofeedback, dilatadores, etc. **Objetivo:** Descrever os efeitos das técnicas fisioterapêuticas no tratamento de dores sexuais, particularmente a vestibulodínia e vulvodínia. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática sobre as técnicas fisioterápicas para a dor sexual em mulheres, nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS e PEDro, no período de maio de 2015. **Resultados:** 233 artigos foram selecionados, destes, apenas nove ensaios clínicos preencheram os critérios de seleção para esta revisão. **Conclusão:** A fisioterapia pélvica é eficaz no tratamento da vulvodínia e dispareunia, no entanto não há consenso a respeito de quais técnicas seriam as mais apropriadas, nem qual o melhor conjunto de técnicas ou quanto ao uso das técnicas em isolado, com exceção ao TENS, que mostrou efetividade mesmo quando usado isoladamente.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Saúde Sexual; Mulheres.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta (Pós-graduanda)

<sup>2</sup> mestre (docente)

<sup>3</sup> Mestre em fisioterapia (Docente)

### Instituição:

Faculdade Inspirar, Rua Silva Jardim  
307 - Centro - Florianópolis, SC

### \* Autor Correspondente:

Erica Feio Carneiro Nunes

E-mail: erica@perineo.net

Recebido em: 21/02/2016.

Aprovado em: 19/04/2018.

## ABSTRACT

**Background:** The vulvodynia and vestibulodynia are painful disorders, functionally limiting, but poorly studied. Constitute relevant public health problem and thus have a negative impact on quality of life, sexuality and interpersonal relationships. However, it has been reported effective in the treatment of sexual pain through the pelvic therapy, through techniques such as TENS, intravaginal manual therapy, biofeedback, dilators, etc. **Aims:** To describe the effects of physical therapy techniques to treat sexual pain, particularly vestibulodynia e vulvodynia. **Methods:** A systematic review was conducted of the physical therapy techniques for sexual pain in women in the following databases: PubMed, LILACS and PEDro, from may 2015. **Results:** 233 articles were selected, of these, only nine trials met the selection criteria for this review. **Conclusion:** Pelvic physical therapy is effective in treating vulvodynia and dyspareunia, however there is no consensus about which techniques would be the most appropriate, or what the best set of techniques or how to use the techniques in isolated, except for the TENS, which showed effectiveness even when used alone.

**Keywords:** Physiotherapy; Sexual Health; Women.

## INTRODUÇÃO

Sexualidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), representa um dos indicadores de qualidade de vida do ser humano.<sup>1,2</sup> Não se refere apenas ao ato sexual em si, mas inclui desde a auto-imagem e a valorização pessoal até a relação com o outro,<sup>3</sup> sendo capaz de influenciar a saúde feminina como um todo.

O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual pode resultar no surgimento de disfunções sexuais (DS).<sup>1</sup> O termo disfunção sexual diz respeito a uma ampla variedade de condições clínicas, que incluem frustração, desejo sexual hipotativo, redução da frequência dos intercursos sexuais, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos, como dispareunia, vaginismo, vulvodínia, vestibulodínia e dor sexual não coital.<sup>4,5</sup>

Essa dificuldade de desempenho e da satisfação da mulher na resposta sexual, se constituem em relevante problema de saúde pública e assim, resultam em angústia pessoal significativa e exercem impacto negativo sobre a qualidade de vida, sexualidade e os relacionamentos interpessoais.<sup>6,7</sup>

Tanto a dispareunia quanto o vaginismo, que frequentemente coexistem clinicamente, são geralmente caracterizados por achados físicos como assoalho pélvico hiperativo,<sup>7,8</sup> condição que, por definição, exige intervenção fisioterapêutica.

Em se tratando da vulvodínia, que é um desconforto vulvar comum, na maioria das vezes, descrita como uma dor em queimação, que ocorre na ausência de achados relevantes visíveis ou uma desordem neurológica específica clinicamente identificável. Sendo classificada de acordo com o local da dor, se generalizada ou localizada, irritativamente não provocada ou mista.<sup>9,10</sup> Já a vestibulodínia (anteriormente conhecida como síndrome vestibulite vulvar) é a forma mais

comum de dor vulvar crônica afetando, aproximadamente 12% das mulheres em pré-menopausa na população geral. A dor é comumente descrita como uma sensação de fisgada ou queimação no vestíbulo vulvar em resposta ao contato ou pressão, e a dispareunia, bem como relações sexuais dolorosas, são queixas comuns em mulheres com vestibulodínia.<sup>11,12</sup>

Um estudo sobre o comportamento sexual realizado em São Paulo com 1.219 mulheres, revelou que a prevalência de disfunção sexual aumentou de acordo com a idade e o baixo nível educacional. Pelo menos uma disfunção sexual foi relatada por 49% das mulheres e 23,1%, apresentaram dor durante o intercuro sexual.<sup>13</sup>

Apesar de vaginismo e dispareunia encabeçarem atualmente o enfoque científico no tocante às dores sexuais,<sup>14,15,16</sup> a vulvodínia e vestibulodínia, condições tanto quanto ou até mais funcionalmente limitantes,<sup>17</sup> seguem ainda pouco estudadas.

Tem sido descrito sucesso para o tratamento da dor sexual por meio da fisioterapia pélvica,<sup>8,18</sup> a partir de técnicas distintas, como o TENS<sup>19</sup>, educação, terapia manual intravaginal, biofeedback, dilatadores, etc.<sup>20</sup> No entanto, parece não haver consenso a respeito de quais técnicas seriam as mais apropriadas ou, ao menos, aquelas atualmente mais utilizados pelos fisioterapeutas especialistas nestes casos e, ante o exposto, o presente estudo objetivou descrever as técnicas mais comumente utilizadas por fisioterapeutas no tratamento de dores sexuais, particularmente vulvodínia e vestibulodínia.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para a seleção das publicações, realizou-se uma revisão sistemática com o objetivo de identificar ensaios clínicos publicados em inglês ou português, que abordassem estudos

sobre técnicas fisioterápicas para a dor sexual em mulheres. A busca eletrônica foi conduzida em maio de 2015 nas bases de dados PubMed, LILACS e PEDro. Foram utilizadas como estratégias de busca as palavras-chave *sexual pain* combinada com *physiotherapy*. Duas pesquisadoras fizeram a busca de forma independente e cega, confrontando os resultados. Divergências foram resolvidas em reunião de consenso.

Foram incluídos ensaios clínicos em que foram realizadas intervenções em mulheres vitimadas por vaginismo, dispareunia, vulvodínia ou vestibulodínia, por meio de fisioterapia pélvica. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados e aqueles que não tratavam nem de vulvodínia nem de vestibulodínia. Inclusões e exclusões foram efetuadas pela leitura dos títulos e resumos dos artigos.

Para cada artigo selecionado foi preenchido um roteiro estruturado a fim de sistematizar informações metodológicas e os principais resultados encontrados nos estudos. O roteiro contemplava: autor e ano da publicação; objetivos; metodologia; resultados; conclusão; tipo de dor sexual; técnicas utilizadas no tratamento e, após a leitura integral de cada um dos artigos componentes da presente revisão, os mesmos foram organizados em uma tabela de acordo com o tipo de dor sexual abordado.

## RESULTADOS

A base PubMed retornou 136 artigos, dos quais 88 eram ensaios clínicos e, destes, sete tratavam de tratamento fisioterápico para algum tipo de dor sexual. As buscas na base LILACS retornaram 79 artigos, 48 deles repetidos da base PubMed e excluídos. Dos restantes, 29 eram ensaios clínicos, sendo que nenhum deles tratou de fisioterapia para dor sexual. Já a base PEDro retornou 18 artigos, dois dos quais foram incluídos, não havendo exclusões. Os dados foram organizados de acordo com o mostrado na Tabela 1.

Bergeron et al.<sup>22</sup> compararam e avaliaram os efeitos da terapia comportamental cognitiva, do biofeedback eletromiográfico e da vestibulotomia no alívio da dispareunia e melhora da função sexual e psicológica de 87 mulheres com vestibulite vulvar, divididas em três grupos onde cada grupo realizou um tipo de tratamento. A vestibulotomia, procedimento cirúrgico de cerca de 30 minutos realizado sob anestesia geral, envolveu a excisão da área vestibular. O tratamento com biofeedback eletromiográfico consistiu de um período de descanso de 60 segundos seguido de contrações rápidas de máxima intensidade, onde cada contração foi precedida por um período de repouso de 12 segundos, mais seis contrações máximas sustentadas por 12 segundos, cada uma precedida por um período de repouso de 12 segundos, mais uma contração sustentada por 60 segundos precedida por um período de repouso de 30 segundos, com período de descanso de 60 segundos. Já a terapia comportamental cognitiva consistiu de educação e orientação sobre vestibulite vulvar e como a dispareunia gera impactos sobre o desejo e a excitação; educação sobre uma visão multifatorial da dor; além de educação sobre anatomia sexual; relaxamento muscular progressivo; respiração abdominal; exercícios de kegel; dilatação vaginal; técnicas de distração com foco em imagens sexuais; ensaio de como lidar com auto-afirmações; treinamento de habilidades de comunicação e reestruturação cognitiva). Os resultados mostraram que todos os grupos apresentaram melhora significativa nos aspectos emocionais, bem como redução da

dor após o tratamento, porém o grupo da vestibulotomia teve resultado significativamente superior neste último aspecto.

No mesmo ano, McKay et al.<sup>28</sup> avaliaram a efetividade do biofeedback eletromiográfico (EMG) sobre a musculatura do assoalho pélvico (MAP) de 29 mulheres com síndrome vestibulo-vulvar, de moderada à severa. Cada participante recebeu um aparelho de biofeedback EMG portátil para realizar o treinamento da MAP em casa, seguindo instruções específicas de exercícios. Os resultados demonstraram que houve redução da dor e hiperatividade no intróito vaginal, proporcionando o retorno às relações sexuais, relações sexuais sem desconforto e tornando-as novamente sexualmente ativas.

No ano seguinte Bergeron et al.<sup>26</sup> avaliaram de forma retrospectiva a efetividade da fisioterapia no alívio da dispareunia e melhora da função sexual, identificando os fatores associados ao pós-tratamento. Participaram 35 mulheres realizando reabilitação com orientações sobre a MAP e dor, técnicas manuais intravaginais e anais, liberação miofascial, massagem perineal, desativação de pontos gatilhos, biofeedback EMG com sonda intravaginal, eletroestimulação para analgesia, exercícios de Kegel e dilatadores vaginais. Os resultados mostraram que esta fisioterapia teve sucesso em 51,5% das mulheres.

Nappi et al.<sup>27</sup> investigaram o uso da eletroestimulação (EE) na área vestibular e no intróito vaginal de 29 mulheres com dor vestibular que induz à dispareunia e vaginismo. A EE foi realizada por dez semanas, uma vez por semana, com tempo de aplicação de 20 minutos na área vestibular e no intróito vaginal. Os resultados mostraram redução da dor e melhora da função sexual, concluindo-se que, a EE pode ser efetiva na manutenção das desordens sexuais de dor e pode representar uma opção adicional de terapia para tratar a vestibulite vulvar.

Mais tarde Murina et al.<sup>24</sup> realizaram um ensaio clínico controlado em 40 mulheres com vulvodínia para avaliar a eficácia da TENS no tratamento da vestibulodínia. O grupo ativo realizou tratamento para analgesia com TENS utilizando sonda intravaginal, enquanto o grupo placebo recebeu a estimulação inativa. Ambos os grupos realizaram 20 sessões, duas vezes por semana. Todos os parâmetros avaliados mostraram melhora significativa no grupo ativo quando comparados aos do grupo placebo, sugerindo que a TENS proporciona benefícios significativos no tratamento da vestibulodínia, ao menos no curto prazo.

Ainda no mesmo ano, Dionisi et al.<sup>29</sup> avaliaram a segurança, tolerância e eficácia da fisioterapia com biofeedback e TENS via sonda intravaginal no tratamento da dor e desconforto vulvar em 145 mulheres com vulvodínia, onde as participantes foram tratadas semanalmente, durante 10 sessões, com biofeedback e TENS associados com FES e exercícios domiciliares de alongamento da MAP. Os resultados mostraram que em 75,8% dos casos houve melhora significativa da dor vulvar. Para os autores, o relaxamento da MAP com biofeedback e TENS são métodos seguros e eficazes na melhora da dor vulvar e dispareunia em mulheres com vulvodínia.

Em seguida Goldfinger et al.<sup>23</sup> avaliaram a dor e as variações psicossociais como instrumentos de medida da eficácia da fisioterapia do assoalho pélvico no tratamento da dor sexual e psicológica correlacionadas à vestibulodínia provocada, determinando os preditores para o sucesso no

**Tabela 1.** Ensaios clínicos incluídos que versavam de técnicas fisioterapêuticas para o tratamento da vulvodínia.

Autor / Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	Tipo	Técnicas
Modarres et al., 2012 <sup>21</sup>	Assistir os efeitos dos exercícios da MAP sobre a satisfação sexual de mulheres primíparas.	Ensaio clínico controlado randomizado; Avaliação antes e após a intervenção.	Significativas diferenças foram relatadas nos níveis de satisfação sexual no grupo de intervenção e no grupo controle.	Os exercícios de kegel são fáceis e de baixo custo, sendo útil para aumentar a satisfação sexual em mulheres pós-parto.	Dispareunia e vulvodínia	Exercícios de kegel durante 16 semanas.
Bergeron et al., 2001 <sup>22</sup>	Comparar e avaliar a diferença de eficácia da terapia cognitivo-comportamental, biofeedback eletromiográfico e vestibulotomia, no alívio da dispareunia, e melhora da função sexual e o ajustamento psicológico.	Ensaio clínico controlado randomizado; Avaliação no pré e pós-tratamento; e 6 meses depois do tratamento via exames ginecológicos, entrevistas estruturadas e questionários para dor, função sexual e ajustamento psicológico.	Em comparação ao pré-tratamento, todos os grupos apresentaram reduções da dor no pós-tratamento e nos 6 meses seguintes. Em relação à função sexual e ajustamento psicológico todos os 3 grupos apresentaram melhoras significativas.	Os resultados sugerem que mulheres com dispareunia podem se beneficiar com os tratamentos médicos, fisioterápicos e psicológicos.	Dispareunia; Vestibulite vulvar.	Vestibulotomia; Biofeedback eletromiográfico; Terapia cognitivo-comportamental.
Goldfinger et al., 2009 <sup>23</sup>	Analisar a eficácia da fisioterapia pélvica no tratamento da dor sexual e psicológica correlacionadas com a vestibulodínea provocada e determinar preditores no tratamento.	Ensaio clínico randomizado. Amostra: 13 mulheres com diagnóstico de vulvodínea. Avaliação pré e pós-tratamento; e após 3 meses do término do tratamento.	Após o tratamento ocorreu aumento dos limiares de dor, e reduções significativas na intensidade de dor durante a relação sexual. A saúde mental das participantes não melhorou significativamente.	Os resultados demonstram a eficácia da fisioterapia pélvica no tratamento da dor da vestibulodínea provocada.	Vestibulodínia; Dor vulvar.	Orientações; terapia manual intravaginal; eletroestimulação perineal; Dilatadores vaginais; técnicas de respiração abdominal; exercícios domiciliares; alongamentos manuais básicos ensinados aos parceiros sexuais.
Murina et al., 2008 <sup>24</sup>	Avaliar a eficácia da estimulação elétrica transcutânea (tens) do nervo, no tratamento da vestibulodínea.	Ensaio clínico controlado randomizado. Amostra: 40 mulheres com diagnóstico de vulvodínea. Avaliação pré, pós-tratamento e 3 meses seguintes.	Todos os resultados do grupo tensive melhoraram significativamente. O FSFI aumentou em 15 das 20 mulheres tratadas. Os resultados do acompanhamento aos 3 meses após o término do tratamento demonstrou que as mulheres no grupo tensive-ativo mantiveram diferenças significativas em comparação com os valores de base para todas as variáveis analisadas.	Este estudo sugere que a estimulação elétrica transcutânea (tens) proporciona benefícios significativos no tratamento da vestibulodínea, pelo menos a curto prazo.	Vestibulodínia; Dispareunia.	Analgésia com estimulação elétrica transcutânea (tens) utilizando sonda intravaginal.
Reising et al., 2013 <sup>25</sup>	Obter informações sobre as experiências iniciais de mulheres que concluíram a fisioterapia para vaginismo primário.	Estudo clínico randomizado. Realizadas revisão de prontuários e entrevistas para avaliar se o tratamento fisioterapêutico surtiu algum efeito.	Os resultados sugerem que a fisioterapia pode ser útil em ajudar mulheres a conseguirem ter uma penetração vaginal.	Os resultados deste estudo sugerem que as intervenções fisioterapêuticas provavelmente precisam ser complementadas com intervenções que visam especificamente à reabilitação sexual.	Vaginismo; Dispareunia.	Educação e orientação, terapia manual exercícios de kegel; dilatações vaginais; exercícios domiciliares; biofeedback eletromiográfico e tens para analgesia com sonda intravaginal.

Continua....

Continuação...

<p>Avaliar a efetividade da fisioterapia no alívio da dispareunia e melhora da função sexual; identificar fatores associados ao pós-tratamento.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado. 35 mulheres com diagnóstico de síndrome de vestibulite vulvar. Avaliação antes da intervenção com exame ginecológico; e pós-tratamento com entrevista confidencial por telefone sobre o tratamento realizado.</p>	<p>A fisioterapia obteve sucesso para 51,5% das mulheres. 8,6% relataram completo alívio da dor e 42,9% relatou grande melhora na dor. 88,6% das participantes alegaram que fariam fisioterapia novamente e 81,8% atribuíram a sua melhora à fisioterapia.</p>	<p>Necessidade de mais estudos randomizados para o tratamento da dispareunia. Mesmo assim, esta pesquisa constitui um primeiro passo na avaliação da eficácia da fisioterapia para síndrome vestibulo-vulvar.</p>	<p>Dispareunia, Síndrome vestibulo-vulvar, vestibulite vulvar.</p>	<p>Educação; técnicas manuais intravaginais e anais; biofeedback EMG com sonda intravaginal; eletroestimulação; exercícios de kegel; exercícios domiciliares.</p>
<p>Investigar o uso da eletroestimulação na área vestibular e no intróito vaginal em mulheres com disfunção de dor sexual.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado. Amostra: 29 mulheres com dor vestibular que induz a dispareunia e vaginismo. Avaliação pré e pós tratamento.</p>	<p>A contratilidade e o relaxamento melhoraram significativamente. A tolerância da intensidade da corrente na área vestibular aumentou. Houve redução da dor e melhora da função sexual. Melhora subjetiva significativa da sexualidade e melhor motivação para realizar o tratamento. 51,7% demonstraram redução da tonicidade do intróito vaginal, e 93,3% puderam vivenciar relação sexual sem desconforto. 31% com redução de dor e tonicidade no intróito vaginal, 66,7% retomaram suas atividades sexuais. 69% tornaram-se sexualmente ativas. 88,9% relatam dor insignificante ou leve. Em 6 meses após o início do tratamento, 90% retornaram as suas atividades sexuais.</p>	<p>A EE pode ser efetiva na manutenção de distúrbios sexuais de dor e pode representar uma opção adicional de terapia para tratamento da vestibulite vulvar.</p>	<p>Dor sexual, dispareunia, Vaginismo.</p>	<p>Eletroestimulação de 20 minutos de aplicação, 1 vez por semana durante 10 semanas, na área vestibular e no intróito vaginal.</p>
<p>Avaliar a efetividade do biofeedback eletromiográfico da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com síndrome vestibulo-vulvar moderada e severa.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado. Amostra: 29 mulheres com síndrome vestibulo-vulvar moderada à severa. As pacientes realizaram avaliações mensais da MAP.</p>	<p>O biofeedback eletromiográfico demonstrou ser uma abordagem eficaz no tratamento da vestibulite vulvar.</p>	<p>O biofeedback eletromiográfico demonstrou ser uma abordagem eficaz no tratamento da vestibulite vulvar.</p>	<p>Síndrome vestibulo-vulvar, vestibulodínia, dispareunia.</p>	<p>Exercícios para treinar a musculatura do assoalho pélvico em casa através de um aparelho portátil de biofeedback eletromiográfico.</p>
<p>Avaliar a segurança, tolerância e eficácia da fisioterapia com biofeedback e TENS no tratamento da dor e desconforto vulvar em mulheres com vulvodínia.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado. Amostra: 145 mulheres com diagnóstico de vulvodínia. Avaliação pré e pós tratamento.</p>	<p>Melhora da dor vulvar em 75,8% dos casos.</p>	<p>O relaxamento da map com biofeedback e eletroanalgesia (tens) é um método seguro e eficaz na melhora da dor vulvar e dispareunia em mulheres com vulvodínia.</p>	<p>Vulvodínia, dispareunia.</p>	<p>Biofeedback, estimulação elétrica transcutânea (tens), estimulação elétrica funcional (fes), exercícios domiciliares de alongamento da MAP.</p>

tratamento. As 13 mulheres tratadas receberam orientações sobre dor, terapia manual intravaginal do tipo massagem perineal, EE perineal, dilatadores vaginais, técnicas de respiração abdominal, exercícios domiciliares e alongamentos perineais manuais básicos ensinados aos parceiros sexuais. O limiar de dor pressão melhorou em 37%, enquanto o limiar da dor moderada melhorou em 51%. A análise exploratória das dimensões do questionário FSFI indicou que apenas a satisfação e a dor melhorou significativamente após o tratamento. As taxas de sucesso foram de 77%, tanto pós-tratamento, como nos 3 meses seguintes. Nos 3 meses seguintes da entrevista, todas as participantes relataram que o tratamento era benéfico na redução da dor vulvar. Assim, os resultados demonstraram eficácia da fisioterapia do assoalho pélvico no tratamento da dor da vestibulodínia, bem como alguns correlatos sexuais e cognitivos.

Mais tarde, Modarres et al.<sup>21</sup> realizaram um ensaio clínico para estudar os efeitos dos exercícios da MAP sobre a satisfação sexual de 100 primíparas, divididas em dois grupos. O grupo controle não sofreu intervenção e o grupo ativo sofreu intervenção por meio de exercícios de contração simples da MAP durante 16 semanas. Ao final houve diferenças significativas ( $p < 0.001$ ) nos níveis de satisfação sexual entre o grupo controle e o grupo que sofreu intervenção, concluindo-se que, os exercícios de contração simples da MAP são fáceis e de baixo custo, sendo um método que deveria ser oferecido pelos profissionais de saúde para aumentar a satisfação sexual em mulheres após o parto.

Por fim Reissing et al.<sup>25</sup> estudaram as experiências sexuais iniciais de 49 mulheres que concluíram a fisioterapia para vaginismo primário, ou seja, que nunca haviam conseguido uma penetração completa. A fisioterapia consistiu em educação e orientação, terapia manual por meio de massagem perineal, alongamento, dessensibilização, exercícios para a MAP, inserção de dilatadores vaginais, biofeedback EMG e TENS para analgesia. 78% das mulheres foram capazes de passar por um exame de um dígito; 39% foram capazes de realizar uma boa contração do assoalho pélvico; e 56% das pacientes não relataram dor após a inserção e finalização do movimento. Desta forma, os resultados indicaram que a fisioterapia pode ser uma intervenção promissora no tratamento de mulheres que nunca foram capazes de experimentar uma relação sexual, sendo que a reabilitação pode ser útil em ajudar essas mulheres a conseguirem ter uma penetração vaginal. Ainda, os autores frisaram que as intervenções fisioterapêuticas provavelmente precisam ser complementadas com intervenções que visam especificamente à reabilitação sexual.

## DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar os efeitos da fisioterapia pélvica no tratamento da vestibulodínia e vulvodínia. A partir de um total de nove ensaios clínicos incluídos pôde-se inferir que a fisioterapia do assoalho pélvico auxilia na redução da dor sexual, sendo frisada pela maior parte dos autores a necessidade de estudos randomizados sobre a efetividade deste tipo particular de fisioterapia para este fim.

Apesar das características amostrais semelhantes, particularmente quanto ao tipo de dor sexual, verificamos alguma variedade no tamanho amostral de 29 até 145 mulheres, além de diferenças no tipo de metodologia, por

exemplo, quando alguns estudos utilizando grupo placebo ao contrário de outros.

Várias técnicas fisioterapêuticas, organizadas em diferentes associações de técnicas, foram utilizadas no tratamento tanto da vulvodínia quanto da vestibulodínia. Tampouco podemos concluir que houve uma padronização dos protocolos dos recursos terapêuticos utilizados. Enquanto alguns estudos trataram de técnicas já tarimbadas, como os exercícios livres para a musculatura do assoalho pélvico, ou Kegel, exercícios manuais intravaginais, biofeedback eletromiográfico e TENS<sup>21,22,23,24,25,26,27,28,29</sup> isolados ou associados, outros estudos utilizaram complementarmente a orientação sobre a dor, exercícios domiciliares e técnicas de respiração abdominal<sup>22,23,25,26,28,29</sup> e até mesmo dilatadores vaginais,<sup>22,23,25,26</sup> de modo que restringiu a inferência a respeito de quais recursos seriam os mais apropriados ou aqueles atualmente mais utilizados por fisioterapeutas especialistas no tratamento de dores sexuais, particularmente a vulvodínia e vestibulodínia.

Mas apesar desta falta de padronização metodológica, observamos uma redução significativa da dor, atividade muscular ao redor do introito vaginal, bem como melhora da função sexual no curto prazo, proporcionando o retorno dessas mulheres a uma vida sexual ativa sem, ou ao menos sob menos desconforto. Estes dados estão de acordo com Reissing et al.,<sup>25</sup> que realizaram estudo retrospectivo revisando prontuários e posteriormente entrevista, avaliando se houve ou não benefício no tratamento, e concluindo que a fisioterapia para estas pacientes é promissora, mas necessita acompanhamento psicoterápico. Para estes autores este tipo de fisioterapia pode modificar definitivamente a vida de mulheres que nunca foram capazes de experimentar uma relação sexual coital.

De modo semelhante, Gentilcore-Salmier et al.<sup>20</sup> avaliaram em ensaio controlado o impacto da fisioterapia em mulheres com vestibulodínia, durante apenas oito atendimentos de terapia manual, biofeedback, estimulação elétrica, dilatadores vaginais e exercícios domiciliares, descrevendo por fim a normalização da função da musculatura do assoalho pélvico das mulheres com dor sexual em comparação com as do grupo controle. Observa-se, assim, que aparentemente poucas sessões são suficientes para um resultado satisfatório. Outro estudo retrospectivo confirmando estas observações<sup>26</sup> também demonstrou a redução na dor, aumento do desejo e excitação sexual, bem como o aumento da frequência mensal das relações sexuais. Todas estas observações positivas para a fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia e vestibulodínia estão de acordo com a revisão de Rosenbaum et al.<sup>6</sup> que concluiu que a fisioterapia é eficaz na redução dos sintomas de dores sexuais, sendo desta forma componente fundamental na abordagem multidisciplinar do problema.

Murina et al.<sup>24</sup> também instigados por observação semelhante, apontam que a efetividade destes recursos terapêuticos deveria-se ao fato de que todos eles culminam no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, ponto importante no tratamento da dispauprenia em geral.

Corroborando esta inferência, houve o apontamento de que até mesmo os exercícios de contração simples do assoalho pélvico, realizados em casa e sem supervisão, mostraram aumento na satisfação sexual dessas mulheres.<sup>21</sup> Ao que parece, a simples conscientização local pode ser ponto relevante para este tipo de paciente.

Se mesmo exercícios não supervisionados apresentaram resultado satisfatório, é possível que exercícios semelhantes, supervisionados diretamente por fisioterapeuta especializado, possam apresentar benefício ainda melhor. De fato, Piassaroli et al.<sup>30</sup> mostraram que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico instruído diretamente por fisioterapeuta não só aumentaram a força da MAP em 69%, que passaram de graus 1 e 2 para graus 4 a 5 na escala de Oxford, mas melhoraram os escores totais do FSFI, índice de funcionalidade sexual, de uma média inicial de 18,5 para uma final de 30,4, lembrando que o escore de corte para disfunção é abaixo a 26,5.<sup>31</sup>

A importância do acompanhamento pelo fisioterapeuta especialista durante a execução dos recursos de intervenção também é demonstrada nos resultados de Bergeron et al.<sup>22</sup>, Dionisi et al.<sup>29</sup> e Goldfinger et al.<sup>23</sup> que em comparação com o estudo de Modarres et al.<sup>21</sup> apresentaram melhores resultados, como melhorias superiores 75,8% das pacientes quanto à dor vulvar em geral.

Outra modalidade clássica utilizada foi o TENS. Apesar de diversos estudos terem utilizado este tipo de eletroestimulação em combinação com outras técnicas, chamou atenção particular o estudo de Murina et al.<sup>24</sup> Estes autores compararam o TENS isolado ao placebo, descrevendo benefícios significativos no curto prazo do tratamento da vestibulodínia. Há, portanto, um bom apontamento de que a eletroestimulação analgésica pode ser útil neste tipo de tratamento.

Resta, por fim, uma preocupação em particular quanto ao uso de dilatadores vaginais no tratamento de dores sexuais, a qual gostaríamos de chamar atenção. O princípio desta terapia seria a dilatação progressiva do canal vaginal por meio do posicionamento crescente de objetos cilíndricos cada vez mais calibrosos. Apesar de a etiologia das dores sexuais restar ainda incógnita no meio científico, há uma corrente de pensamento, defendida por alguns fisioterapeutas pélvicos clínicos, na qual a dor sexual em geral é relacionada à contrações da musculatura do assoalho pélvico, incontroláveis ou não, uma vez que esta hiperatividade muscular é ponto comum na avaliação física das pacientes vitimadas por este tipo de dor. Se o problema, portanto, é causado por contrações musculares, hiperatividade muscular, o tratamento mais apropriado, em teoria, seria o tratamento funcional, o treino de consciência local, propriocepção e coordenação motora, na tentativa de recuperar o domínio muscular consciente perdido nestas pacientes. O dilatamento de tecidos, passivo, parece, em tese, mais apropriado para tecidos não contráteis, como a cartilagem auricular, ou no caso de cicatrizes cirúrgicas ou radioterápicas, mas não para tecidos contráteis estruturalmente saudáveis como uma musculatura incoordenada. De fato, não há, hoje, evidência suficiente que suporte o uso de dilatadores vaginais no tratamento da dor sexual;<sup>32</sup>

## CONCLUSÃO

A fisioterapia pélvica é eficaz no tratamento da vulvodínia e dispareunia, no entanto não há consenso a respeito de quais técnicas seriam as mais apropriadas para este fim, nem qual o melhor conjunto de técnicas ou quanto ao uso das técnicas em isolado, com exceção ao TENS, que mostrou efetividade mesmo quando usado isoladamente. No entanto são muito escassos os ensaios clínicos a respeito do tema,

em contraste à prevalência dos problemas e seus elevados graus de impacto sobre a qualidade de vida das mulheres afetadas. Urgem, portanto, novos ensaios clínicos testando as técnicas fisioterapêuticas no tratamento da vulvodínia e vestibulodínia.

## REFERÊNCIAS

1. Ferreira ALCG, Souza AI, Amorim MMR. Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7 (2): 143-50.
2. Santos AM, Santos FC, Cendoroglo MS. Sexualidade e dor crônica em idosas longevas: descrição de fatores interferenciais. *Rev Dor.* 2015; 16 (1).
3. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatic Int.* 2009; 29: 853-60.
4. Clayton A. Sexual function and dysfunction in women. *Psych Clin of North Am.* 2003; 26: 202-19.
5. Antonioli RS, Simões D. A bordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Rev Neurocienc.* 2010; 18 (2): 267-74.
6. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2008; 5: 513-23.
7. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Garcia-Zapata MTA, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Feminina.* 2012; 40 (4): 195-202.
8. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005; 31 (4): 329-40.
9. Moyal-Barracco M, Lynca PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med.* 2004; 49: 772-7.
10. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis.* 2005; 9(1):40-51.
11. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185: 545-50.
12. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI. Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(1):45-51.
13. Abdo CHN, Fleur HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clín.* 2006; 33:162-7.
14. Melles RJ, Ter
15. Kuile MM Dewitte M, Van Lankveld JJ, Brauer M, De Jong PJ. Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong vaginismus before and after therapist-aided exposure treatment. *J Sex Med.* 2014 Mar;11(3):786-99. doi: 10.1111/jsm.12360. Epub 2013 Oct 25.
16. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus: Review. *Cochrane Database Syst Rev.* Dec. 2012.

17. Simonelli C, Eleuteri S, Petrucelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27(6): 406-12.
18. Basson, R. Human sexual response. *Handb Clin Neurol*. 2015; 130: 11-8.
19. Negrín Pérez MC. Clinical practice guideline. Female sexual dysfunctions: sexual pain disorders. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. *Ginecol Obstet Mex*. 2010; 78 (7): 527-48.
20. Vallinga MS, Spoelstra SK, Hemel IL, Van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: A Feasibility Study. *J Sex Med*. 2015; 12(1): 228-37. doi: 10.1111/jsm.12740. Epub 2014 Nov 12.
21. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. 2010 Feb;7(2 Pt 2):1003-22. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01642.x. Epub 2010 Jan 6.
22. Modarres M, Rahimikian F, Booriaie E. Effect of pelvic muscle exercise on sexual satisfaction among primiparous women. *Hayat*. 2012; 18 (4).
23. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*. 2001; 91(3): 297-306.
24. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*. 2009; 6(7):1955-68. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01304.x. Epub 2009 Apr 28.
25. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomized controlled trial. *BJOG*. 2008; 115(9):1165-70. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01803.x.
26. Reissing E, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2013; 39: 306-20.
27. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalifé S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. 2002; 28(3):183-92.
28. Nappi RE, Ferdeghini F, Abbiati I, Vercesi C, Farina C, Polatti F. Electrical stimulation (ES) in the management of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*. 2003; 29 Suppl 1:103-10.
29. McKay E, Kaufman RH, Doctor U, Berkova Z, Glazer H, Redko V. Treating vulvar vestibulitis with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *J Reprod Med*. 2001; 46(4):337-42.
30. Dionisi B, Anglana F, Inghirami P, Lippa P, Senatori R. Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience. *Minerva Ginecol*. 2008; 60(6):485-91.
31. Piassaroli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(5):234-40.
32. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31 (1): 1-20.
33. Miles T, Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 8 (9).