



# FISIOTERAPIA NA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO EM POPULAÇÃO FEMININA COM VAGINISMO: UM ESTUDO INTEGRATIVO

## PELVIC FLOOR MUSCLE PHYSIOTHERAPY IN FEMALE POPULATION WITH VAGINISMUS: AN INTEGRATIVE STUDY

Bruna Maira GARBIN<sup>1,2</sup>, Francyele Aparecida CODINHOTO<sup>1</sup>, Gabriele Garcia CAMARGO<sup>1</sup>, Giulia Botelho ORIOLI<sup>1</sup>, Maitê Monici BARROS<sup>1</sup>, Rosana de Fátima GARBIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento em Ciências da Saúde, Faculdades Integradas de Fernandópolis, Fernandópolis, Brasil

<sup>2</sup>Departamento em Ciências da Saúde, Universidade Brasil, Fernandópolis, Brasil

### Autores correspondentes:

Bruna Maira Garbin

bruna.garbin@hotmail.com

**Como citar:** Garbin BM, Codinhoto FA, Camargo GG, Orioli GB, Barros MM, Garbin RF. Fisioterapia na musculatura do assoalho pélvico em população feminina com vaginismo: um estudo integrativo. *Biosciences and Health*. 2023; 01:1-13.

### RESUMO

O vaginismo é considerado uma disfunção sexual que causa contração involuntária persistente ou recorrente dos músculos do assoalho pélvico. Além disso, o medo da dor que a mulher pode sentir antes mesmo da relação sexual pode ser considerado um dos principais fatores determinantes que podem influenciar na saúde mental, prejudicando sua vida conjugal. A proposta deste estudo foi pesquisar na literatura a atuação da fisioterapia na musculatura do assoalho pélvico na população feminina com vaginismo. O estudo é uma revisão integrativa com abordagem de dados qualitativos a respeito da condição do vaginismo, seus principais aspectos clínicos e intervenção terapêutica. Os termos MeSH mencionados na estratégia de pesquisa foram usados para comparar os estudos durante a análise de elegibilidade. As bases de dados eletrônicas como SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed foram utilizadas para o desenvolvimento da revisão e dois operadores booleanos foram empregados para a busca de artigos. Seis manuscritos foram selecionados e, assim, descrevendo os principais resultados do estudo. Além destes, os dados com abordagem fisioterapêutica em mulheres com vaginismo foram agrupados em diferentes temas, identificando e descrevendo os dados sintetizados como pontos relevantes e significativos para a cognição do vaginismo. Portanto, o modelo terapêutico tem um papel relevante e importante, visto que pode ser utilizado no delineamento de intervenções para o tratamento do vaginismo.

**Palavras-chave:** Vagina; Assoalho pélvico; Vaginismo; Disfunções sexuais psicológicas; Modalidades de fisioterapia.

### ABSTRACT

Vaginismus is an sexual dysfunction that causes persistent or recurrent involuntary contraction of the pelvic floor muscles. Besides it, the fear of pain that a woman may feel even before sexual intercourse can be considered one of the main determining factors that can influence the mental health, harming your conjugal life. The purpose of this study was to research the literature on the role of physiotherapy of the pelvic floor muscles in females with vaginismus. The study is an integrative review with qualitative data approach regarding the condition of vaginismus, its main clinical aspects and therapeutic intervention. The MeSH terms mentioned in the search strategy were used to compare the studies during the eligibility analysis. Electronic databases such as SciELO, Virtual Health Library and PubMed were used for the development of the review and two Boolean operators were employed for the search of articles. Six manuscripts were selected and thus describing the main results of the study. Besides these, data with physical therapy approach in women with vaginismus were grouped into different themes, identifying and describing the synthesized data as relevant and significant points for the cognition of vaginismus. Therefore, the therapeutic model has a relevant and important role, since it can be used in the design of interventions for the treatment of vaginismus.

**Keywords:** Vagina; Pelvic floor; Vaginismus; Sexual dysfunctions, psychological; Physical therapy modalities.

## 1. Introdução

O vaginismo é uma disfunção sexual (DS) que afeta 1% da população feminina [1]. Essa disfunção é caracterizada por contrações involuntárias dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e dor durante a relação sexual. Esses fatores podem impossibilitar a penetração vaginal devido ao medo da dor, levando a consequências negativas para a saúde tanto no aspecto físico quanto psicológico, causando conflitos sociais e problemas psiquiátricos e ginecológicos. Devido a essas consequências, as mulheres passam a evitar o relacionamento, e a falta de sexo pode trazer vicissitudes na vida, além de mau humor, insônia, tensão constante e até depressão [2-4].

A literatura traz vários tipos de vaginismo, sendo os mais descritos o vaginismo primário e o secundário. Vaginismo primário, é impossível introduzir qualquer coisa e a qualquer momento na vagina. O vaginismo secundário, por outro lado, ocorre após uma vida sexual normal com penetração vaginal e muitas vezes é desencadeado por um evento traumático em relação à área genital [1,5-7]. Para Medeiros et al. [8] relatam que existem outros tipos, o vaginismo ocasional, a mulher não tolera certas formas de penetração, tolera absorventes e dedos, mas não o pênis; vaginismo espasmódico, ocorrem espasmos no períneo; e vaginismo completo, incapacidade de tolerar qualquer tipo de penetração vaginal e comumente acompanhado de medo e ansiedade em níveis elevados.

Entre as causas podem ser apontados traumas de infância, fatores emocionais e até mesmo religiosos. Algumas causas físicas no vaginismo, como endometriose, infecções, anormalidades no órgão feminino e doenças sexualmente transmissíveis [9-11].

Um dos primeiros sintomas da disfunção pode ser a dor durante a relação sexual. Na maioria dos casos, a dor ocorre durante a penetração ou após a retirada do pênis. Algumas mulheres relatam sentir desconforto ao inserir tampões intravaginal ou durante um exame ginecológico, outras descrevem a dor como queimação ou latejamento [12]. Resultado de várias repetições e muitas contrações musculares, é normal que a mulher com medo antecipe sua dor, fazendo com que os músculos fiquem hipertônicos, permitindo a formação de pontos-gatilho miofaciais (PGM) na região genital [13].

O tratamento é extremamente importante para a saúde, principalmente para a saúde mental e para a melhora da autoestima de mulheres com vaginismo [14,15]. Como terapia são indicados os exercícios do assoalho pélvico, assim, a fisioterapia uroginecológica tem papel fundamental no tratamento do vaginismo, pois utiliza exercícios e manobras cinesioterapêuticas com o objetivo de ganhar percepção, coordenação e fortalecimento da musculatura pélvica, melhorando a vida sexual das mulheres [16-19].

A fisioterapia vem se mostrando um tratamento satisfatório para mulheres com vaginismo, com redução significativa dos sintomas, sendo um recurso inovador nos casos de vaginismo primário e secundário, levando a mulher a conscientizar-se e conhecer seu próprio corpo, o que influencia diretamente a redução da contração muscular involuntária, trazendo alívio da dor durante a relação sexual [20,21].

Numa altura em que a prática terapêutica do vaginismo assenta cada vez mais nas evidências disponíveis, é necessário evidenciar sistematicamente as intervenções fisioterapêuticas através de processos de revisão. Desse modo, o objetivo do estudo foi pesquisar na literatura a atuação da fisioterapia na musculatura do assoalho pélvico na população feminina com vaginismo.

## 2. Metodologia

### 2.1 Design de estudo

Este estudo é uma revisão integrativa [22] com abordagem de natureza qualitativa e descritiva [23] sobre a condição de vaginismo, abordando seus principais aspectos clínicos e intervenção terapêutica. Os critérios de inclusão foram artigos de pesquisa totalmente disponíveis escritos em inglês e português publicados entre 2010-2023. Foram excluídos artigos por diversos motivos: por não deixar claro a disfunção do vaginismo, disfunção do assoalho pélvico, intervenção terapêutica e artigos que não apresentavam a declaração de conflitos de interesse. Os termos MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>) mencionados em “Estratégias de Pesquisa” foram usados para comparar 414 estudos durante a análise de elegibilidade, então, 6 estudos foram selecionados para uma avaliação mais criteriosa para a síntese dos dados, seguindo a fonte adaptada de Page et al. [24].

### 2.2 Fontes de dados e estratégias de pesquisa

As bases de dados eletrônicas SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed foram utilizadas para revisão da literatura, utilizando os descritores em português: vagina; assoalho pélvico; vaginismo; disfunções sexuais psicológicas; modalidades de fisioterapia; e termos em inglês: vagina; pelvic floor; vaginismus; sexual dysfunctions, psychological; physical therapy modalities. Além disso, foram utilizados dois operadores booleanos “E e OU” para os descritores em português e “AND e OR” para os termos em inglês para a busca dos artigos. Os títulos e resumos foram examinados com a finalidade de excluir artigos com citações no resumo e artigos que não atendiam aos critérios de elegibilidade estabelecidos pela proposta do estudo.

### 2.3 Seleção de estudos e prevenção de viés durante a revisão integrativa

O risco de viés foi avaliado por seis pesquisadores independentes. Os pesquisadores (1, 3 e 4) fizeram a seleção dos estudos e analisaram cada artigo, selecionando os estudos seguindo os critérios de

elegibilidade. A extração de dados qualitativos foi realizada pelo pesquisador 1, 2 e 5 sob a supervisão do 6. Dois pesquisadores (4 e 5) verificaram as referências bibliográficas dos estudos selecionados nos artigos, para encontrar outras fontes possíveis seguindo os critérios estabelecidos. O sexto pesquisador resolveu os pontos conflitantes, tomou a decisão final sobre a seleção dos artigos e realizou a revisão final do estudo.

#### 2.4 Análise dos dados

A análise dos estudos selecionados permitiu extrair dados qualitativos dos artigos de forma descritiva, possibilitando contar, descrever e classificar os fatos e conceitos, com o intuito de reunir o cognitivo sintetizado [22,25] acerca da (1) atuação da fisioterapia pélvica em mulheres com vaginismo; (2) classificação da avaliação funcional; (3) tratamento fisioterapêutico; e (4) propostas de intervenção para o vaginismo.

### 3. Resultados

#### 3.1 Quantidade de pesquisa disponível

Um total de 414 artigos foram identificados na busca da literatura. Artigos duplicados foram excluídos (2 estudos), ficando 412 artigos triados. Foram excluídos 337 artigos por não atenderem a proposta do estudo e 75 artigos foram recuperados para revisão do texto completo avaliados quanto à elegibilidade. Sessenta e nove artigos foram removidos por vários motivos, e um total de 6 estudos preencheram os critérios de inclusão e foram incluídos nesta revisão (Figura 1).

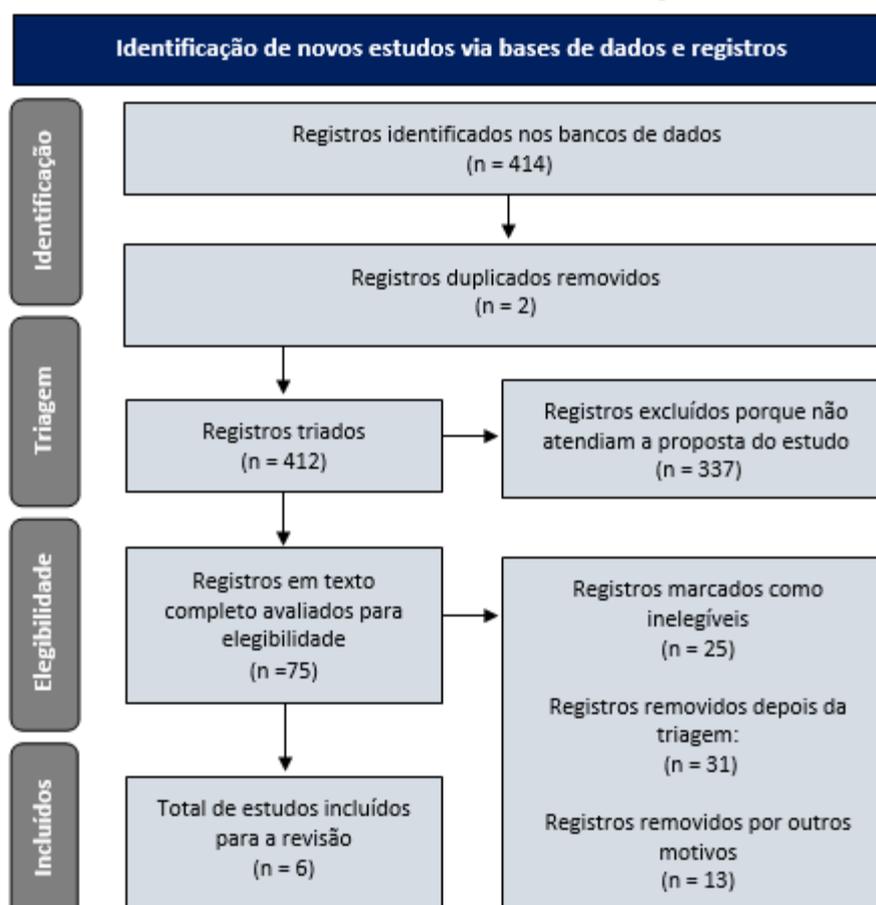


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos.

### 3.2 Resultados dos estudos individuais

Detalhes adicionais sobre as características das publicações incluídas são fornecidos na Tabela 1, evidenciando o desfecho e dimensão do estudo.

**Tabela 1.** Síntese dos estudos selecionados para a amostra final da revisão.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Desfecho</b>	<b>Intervenção/Dimensão do estudo</b>
Harish et al. [26]	Manejo bem-sucedido do vaginismo: uma abordagem eclética	Descrever o tratamento bem-sucedido do vaginismo em uma senhora de 25 anos com base no MP por Keith Hawton.	Foi utilizada uma abordagem eclética envolvendo educação, inserção gradual dos dedos, exercícios de Kegel e uso de anestesia com contenção vaginal.
Lima et al. [2]	Tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais dolorosos femininos: revisão narrativa	Analisar na literatura disponível os recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento dos transtornos sexuais dolorosos.	Intervenção fisioterapêutico utilizando a cinesioterapia, os dilatadores vaginais, a terapia comportamental cognitiva, o biofeedback, a FES e a TENS nos transtornos de dor sexual nas mulheres, que apresentaram melhora na diminuição da dor, no aumento da eficiência contrátil muscular e na realização coital satisfatória.
Carvalho et al. [11]	Terapêutica multimodal do vaginismo: abordagem inovadora por meio de infiltração de PG e RFP do NP	Apresentar o caso de uma paciente jovem com vaginismo.	A infiltração de PG e RFP do nervo pudendo parece ter potencial para ser uma arma terapêutica coadjuvante no tratamento do vaginismo. Neste caso, proporcionou à doente um alívio algíco superior a qualquer outra técnica experimentada.
Berghmans [27]	Fisioterapia para dor pélvica e disfunção sexual feminina: um recurso inexplorado	Abordar o tratamento multidisciplinar para mulheres com SDPC e disfunção sexual.	Estudos mostram efeitos clínicos significativos da fisioterapia para dor pélvica crônica e disfunção sexual feminina, e especialistas defendem uma abordagem multidisciplinar que inclua fisioterapia.
Araújo et al. [28]	Terapêuticas não farmacológicas para DS dolorosas em mulheres: revisão integrativa	Identificar terapêuticas não farmacológicas analgésicas utilizadas em DS dolorosas a fim de contribuir com a prática clínica e terapêutica no cuidado integral à saúde sexual feminina.	Tratamento de massagem perineal, liberação miofascial, treinamento muscular, biofeedback, dilatadores vaginais, eletroestimulação e radiofrequência visam proporcionar melhora no desempenho sexual e na qualidade de vida feminina.
Padoa et al. [29]	O APH e a DS. Parte 2: avaliação e tratamento da DS em pacientes com APH	Revisar as modalidades de avaliação da função do assoalho pélvico em mulheres com distúrbios associados a um APH e abordagens terapêuticas para lidar com APH, com ênfase particular em dor e função sexual.	Terapias psicológicas eficazes incluem terapia cognitivo-comportamental, terapia de casal, atenção plena e intervenções educacionais. Abordagens eficazes de fisioterapia incluem exercícios de músculos do assoalho pélvico com biofeedback, eletroterapia, terapia manual e o uso de dilatadores.

Assoalho pélvico hiperativo (APH); síndrome de dor pélvica crônica (SDPC); radiofrequência pulsada (RFP); pontos-gatilho (PG); Disfunção sexual (DS); Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS); Estimulação elétrica funcional (FES); modelo proposto (MP); nervo pudendo (NP).

## 4. Discussão

Não foi realizada metanálise, uma vez que na intervenção clínico-terapêutica foram utilizados dados dos estudos elegíveis respaldados por critérios claros de inclusão e exclusão, assim, os dados foram descritos sistematicamente no estudo. Dessa forma, a pesquisa traz um grande volume de informações cognitivas que discutem os achados significativos e, além disso, a análise revela não apenas os temas propostos, mas também permite mostrar as diferentes formas de organização dos dados qualitativos na literatura.

Dessa forma, além de discutir os 6 estudos selecionados, a pesquisa revela para a síntese da revisão a atuação da fisioterapia do assoalho pélvico (AP) em mulheres com vaginismo e instrumentos que combinam para essa atuação, como anamnese, inspeção e palpação, foram considerados como tópicos importantes e relevantes para a pesquisa integrativa. Além disso, os dados qualitativos da literatura mostram aspectos para avaliação funcional e componentes do tratamento fisioterapêutico, como relaxamento, alongamento e percepção da musculatura pélvica e pontos pertinentes para o fortalecimento do assoalho pélvico. Os achados desta revisão também mostram propostas de intervenção para DS.

### 4.1 Atuação da fisioterapia pélvica nas mulheres portadoras de vaginismo

A fisioterapia pélvica tem um papel significativo no tratamento da DS, sobretudo nas disfunções relacionadas com o desempenho físico e nas disfunções da região pélvica, especialmente os MAP [27,30].

De acordo com Trindade e Luzes [31], descrevem em seu estudo que o tratamento fisioterapêutico na equipe multidisciplinar é de extrema importância para a saúde da mulher e que as técnicas de cinesioterapia, biofeedback, eletroestimulação e terapias manuais trazem excelentes resultados no tratamento do vaginismo. Outro estudo que pode confirmar essa relevância é a pesquisa [27] (Tabela 1). Este autor aborda em seu estudo efeitos clínicos significativos da fisioterapia para dor pélvica crônica e DS feminina, e especialistas ainda defendem uma abordagem multidisciplinar que inclua a fisioterapia para esta intervenção clínica-terapêutica.

Assim, para iniciar o tratamento fisioterapêutico é necessário realizar uma avaliação minuciosa, incluindo anamnese, inspeção visual em repouso e em movimento, palpação da MAP, identificação das condições e atuação da musculatura, PGM, incontinência fecal e urinária, distopias, testes de sensibilidade (tátil, térmico e doloroso) e reflexos na região AP [32].

#### 4.1.1 Anamnese, inspeção e palpação para coleta de dados na investigação

A queixa do paciente durante a anamnese é fundamental para a compreensão do processo patológico como um todo. Dessa forma, o fisioterapeuta não deve realizar uma simples coleta de dados ginecológicos, mas sim aplicar uma anamnese completa e criteriosa, e assim oferecer a mulher informações e educação sobre os aspectos anatomofisiológicos e mentais para seu autoconhecimento durante o feedback das informações [32,33]. Para Hoga et al. [34], as orientações quanto à saúde sexual da paciente não devem ser padronizadas, mas é importante considerar e respeitar o caráter religioso, a fim de promover atenção ao cuidado ético e de qualidade à mulher.

Muitas mulheres associam a causa do vaginismo à rígida educação dos pais e relatam constatações repressão sexual, seja familiar, social e religiosa, além de aspectos como medo da relação sexual,

experiências negativas, abuso sexual e crenças sobre sexualidade [35]. Devido a essas fontes, é comum observar durante a inspeção visual, a postura defensiva da mulher por meio da adução dos membros inferiores na tentativa de evitar o contato das mãos do examinador no momento do exame, devido à dor, medo e insegurança [36].

Na palpação do órgão pudendo, o profissional deve estar com as mãos enluvadas e com gel, colocando assim um ou dois dedos no canal vaginal para sentir alguma anormalidade da musculatura [37].

#### 4.2 Avaliação funcional

A avaliação funcional do AP (Tabela 2), é realizada pelo teste bidigital, onde os dedos médio e indicador são introduzidos no canal vaginal, com os músculos do assoalho relaxados [38].

**Tabela 2.** A avaliação da força muscular do assoalho pélvico, de acordo com a Escala de Ortiz (0 a 5).

Classificação em Grau	Indicador
0	Sem função perineal objetiva, nem mesmo à palpação.
1	Ausente e reconhecida somente à palpação.
2	Fraco e reconhecida à palpação.
3	Função objetiva presente e sem resistência à palpação.
4	Função objetiva presente e resistência oposicional mantida à palpação por menos de 5's.
5	Função objetiva presente e resistência oposicional mantida à palpação por mais de 5's.

Fonte: Knorst et al. [39].

Pereira e Côrtes [40] descrevem outra técnica para avaliar a MAP, que é o Stop Test. Nessa técnica, consiste em solicitar a interrupção do jato urinário 1 a 2 vezes, 5' após o início da micção e deve ser realizada apenas como método de avaliação e não incluída na rotina do paciente, já que pode levar ao desenvolvimento de resíduo pós-miccional, aumentando a possibilidade de infecção urinária, além de provocar alterações nos reflexos miccionais. Os mesmos autores relatam que, além da inspeção visual e palpação digital, existem outros métodos de avaliação da MAP, como perineometria ou eletromiografia, ultrassonografia e ressonância magnética. São importantes métodos de avaliação, mas dentre eles, o uso de perineômetros ou manômetros são muitas vezes as alternativas mais utilizadas, pois esses instrumentos têm se mostrado confiáveis [41].

#### 4.3 Tratamento fisioterapêutico

##### 4.3.1 Relaxamento da musculatura pélvica

O relaxamento da MAP é uma das técnicas recomendadas para população feminina com vaginismo. Deve ser realizado através de massagem (deslizamento e pressão digital), fazendo com que os movimentos que permeiam os tecidos miofasciais proporcionem o relaxamento da musculatura [27,30].

Vale ressaltar que a liberação miofascial é realizada pelo fisioterapeuta para liberar os pontos-gatilho dos músculos levantador do ânus, bulboesponjoso e isquiocavernoso, através da compressão manual isquêmica dos pontos dolorosos por 60 a 90 segundos, visando o restabelecimento das fibras musculares [42]. Segundo a literatura, a aplicação do toque manual ao longo do tecido muscular, é possível proporcionar a desativação dos PGM e o alívio das tensões. Com a mobilização dos tecidos moles,

pode ocorrer divulsão de aderências fasciais musculares e das estruturas de colágeno, que podem ser responsáveis por causar disfunção e dor, além de potencializar a vascularização local, recrutamento muscular e normalização do tônus muscular [43,44].

#### 4.3.2 Alongamento da musculatura pélvica com silicone

Uma das formas de alongar os MAP é a colocação gradual de dilatadores vaginais (DV). O DV de silicone é um material lubrificado que deve ser introduzido no canal vaginal. A execução desta técnica deve ser aplicada com pequenos dilatadores, de acordo com a tolerância de cada mulher e gradativamente seu tamanho deve ser aumentado, levando em consideração que o tempo de uso é progressivo e individual em cada caso. Outro ponto considerável é que a dilatação também pode ser realizada com os dedos [18]. Para Araújo et al. [28], os dilatadores vaginais visam melhorar o desempenho sexual e a qualidade de vida da população feminina (Tabela 1).

#### 4.3.3 Percepção da musculatura pélvica

O biofeedback é uma técnica de reeducação que promove um efeito modulador no Sistema Nervoso Central através de feedback externo. Os eletrodos são posicionados na musculatura do AP e nos músculos sinérgicos como abdominais, glúteo máximo e adutores, e o fisioterapeuta, por meio de comandos verbais, instruirá a mulher a contrair os MAP, excluindo os músculos sinérgicos. O principal objetivo desse mecanismo é estimular as mulheres a desenvolverem uma maior percepção e controle voluntário dos MAP [45]. Além do biofeedback, Padoa et al. [29] relatam em seu estudo que tratamentos como terapia cognitivo-comportamental, terapia de casal e intervenções educativas podem ser significativos, pois demonstraram eficácia na redução da dor, normalização do tônus dos MAP e melhora da função sexual (Tabela 1).

#### 4.3.4 Fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico

A eletroterapia pode ser usada de duas formas para tratar o vaginismo. A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) para dor e estimulação elétrica funcional (FES) para fortalecimento da MAP [46-48]. Pode-se observar na Tabela 1 que a FES e a TENS aplicados em mulheres com disfunção sexual, apresentaram melhora na redução da dor, aumento da eficiência contrátil muscular e no desempenho sexual satisfatório. Para Lima et al. [2], a estimulação elétrica desempenha um papel significativo na reabilitação da contração e aprendizagem dos músculos AP, proporcionando uma contração muscular mais eficaz, bem como uma dessensibilização progressiva da dor, devido à estimulação elétrica de baixa frequência.

Outro aspecto relevante é a cinesioterapia do AP. Esta terapia inclui a realização de exercícios de Kegel, que visam trabalhar os MAP para o fortalecimento, melhorando os componentes de sustentação dos órgãos pélvicos. A utilização da cinesioterapia para os MAP restabelece a harmonização e educação da musculatura por meio de contrações isoladas desses músculos aliada ao posicionamento apropriado da pelve e respiração adequada [45]. Segundo Harish et al. [26], os exercícios de Kegel demonstraram ser uma abordagem bem-sucedida para o controle do vaginismo em um ambiente clínico (Tabela 1).

É importante salientar que os exercícios são praticados através de contrações isométricas por 6's, com 10 repetições e intervalos de aproximadamente 30's entre a realização de uma série e outra e podem ser realizados em várias posições: sentado, supino, quatro apoios, posição ortostática e agachamento. Os exercícios devem ser realizados na fase final do tratamento, pois no início a musculatura deve estar

relaxada [49].

Ressalta-se que os exercícios de cinesioterapia são indicados como primeira opção nas terapias uroginecológicas, por ser uma técnica menos invasiva, com baixo risco de complicações e baixo custo. Esses exercícios atuam diretamente na conscientização e propriocepção dos MAP, melhorando a continência urinária e fecal e até a função sexual, proporcionando melhor penetração do pênis na hora da relação sexual [50].

Na visão de Carvalho et al. [11], é necessário um procedimento mais invasivo, com infiltração de pontos-gatilho e radiofrequência pulsada do nervo pudendo. Os autores relatam que essa terapia parece ser uma potencial arma terapêutica coadjuvante na terapia do vaginismo, pois proporcionou à paciente alívio da dor (Tabela 1).

#### 4.4 Propostas de intervenção para o vaginismo

O tratamento ideal para o vaginismo não deve abordar apenas os aspectos físicos, mas também os componentes biológicos, emocionais, psicológicos e relacionais da vida da mulher, assim, estratégias terapêuticas para o vaginismo, como terapia sexual e dessensibilização devem ser propostas para as mulheres com essa disfunção. Portanto, é necessária uma equipe multidisciplinar, incluindo ginecologista, fisioterapeuta e psicóloga/terapeuta sexual, envolvida na avaliação e tratamento do vaginismo para abordar suas diferentes dimensões [21].

## 5. Conclusão

A fisioterapia pélvica é uma intervenção pouco conhecida, mas sua atuação vem crescendo. Assim, é essencial destacar que a modalidade clínico-terapêutica vem ganhando espaço nessa área de vaginismo.

Portanto, para um tratamento profícuo, é importante que o fisioterapeuta realize uma avaliação completa para chegar a um bom diagnóstico, utilizando técnicas como terapias manuais, eletroestimulação, biofeedback, cones vaginais e cinesioterapia. Mas, para isso, é necessário que o profissional tenha habilidades práticas, bem como conhecimentos específicos na terapia do vaginismo. Embora existam estudos com bons resultados sobre a atuação da fisioterapia pélvica em mulheres com vaginismo, há necessidade de mais pesquisas nessa área, para que a comunidade, principalmente a equipe de fisioterapia, possa adquirir esse conhecimento e oferecer uma terapia de qualidade para as mulheres.

### Contribuição dos Autores

*Garbin BM.; Camargo GG.; e Orioli GB.:* seleção, análise e interpretação de dados; *Codinhoto FA.;* e *Barros MM.:* Extração de dados qualitativos dos artigos selecionados; *Camargo GG.;* e *Orioli GB.:* verificação das referências bibliográficas dos estudos selecionados para encontrar outras fontes; *Garbin BM.:* *Codinhoto FA.;* e *Barros MM.:* redação do artigo e revisão importante do conteúdo intelectual; *Garbin RF.:* resolveu os pontos conflitantes, tomou a decisão final sobre a seleção dos artigos e realizou a revisão final do estudo. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

### Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Aprovação Ética

Não aplicável.

## Agradecimentos

Não aplicável.

## REFERÊNCIAS

1. Achour R, Koch M, Zgueb Y, Ouali U, Ben Hmid R. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychol Res Behav Manag.* 2019; 12:137-143. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S186950>
2. Lima RGR, Silva SLS, Freire AB, Barbosa LMA. Tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais dolorosos femininos: revisão narrativa. *Revista Eletrônica da Estácio Recife.* 2016; 2:1-9. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/81>
3. Bhatt JK, Patel VS, Patel AR. A study of vaginismus in patients presenting with infertility. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017; 6:5508-5511. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20175270>
4. Anđın AD, Gün İ, Sakin Ö, Çıkman MS, Eserdağ S, Anđın P. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA Assist Reprod.* 2020; 24(2):180-188. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20200018>
5. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2010; 39(2):292-303. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9563-x>
6. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Arch Sex Behav.* 2015; 44(6):1537–1550. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0430-z>
7. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG.* 2015; 122(3):329-334. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12946>
8. Medeiros MW, Braz MM, Brongholl K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Fisioterapia Brasil.* 2014; 5(3):188-193. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v5i3.3143>
9. Pacik PT. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesth Plast Surg.* 2011; 35:1160-1164. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/wKKfBTkc4WL9RWXngm66kWL/?lang=pt#>
10. Mishra VV, Nanda S, Gandhi K, Aggarwal R, Choudhary S, Gondhali R. Female sexual dysfunction in patients with endometriosis: Indian scenario. *J Hum Reprod Sci.* 2016; 9(4):250-253. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.197687>
11. Carvalho JCGR de, Agualusa LM, Moreira LMR, Costa JCM da. Multimodal therapeutic approach of vaginismus: an innovative approach through trigger point infiltration and pulsed radiofrequency of the pudendal nerve. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017; 67(6):632-636. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.10.011>
12. Holanda JBL, Abuchaim ESV, Coca KP, Abrão ACFV. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(5):573-578. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>

13. Camara LL, Filoni E, Fitz FF. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Fisioterapia Brasil*. 2015; 16(2):160-180. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v16i2.280>
14. Şafak Öztürk C, Arkar H. Effect of cognitive behavioral therapy on sexual satisfaction, marital adjustment, and levels of depression and anxiety symptoms in couples with vaginismus. *Turk Psikiyatri Derg*. 2017; 28:172-180. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28936816/>
15. He S, Jiang H, Qian X, Garner P. Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open*. 2020; 10(7):e033354. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
16. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther*. 2013; 39(4):306-320. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.697535>
17. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J*. 2014; 25(12):1613-1620. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2421-y>
18. Tomen A, Fracaro G, Nunes EFC, Latorre GFS. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. *Rev Ciênc Méd*. 2015; 24(3):121-130. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-837118>
19. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, et al. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecol J*. 2015; 26(6):845-852. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2606-4>
20. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav*. 2010; 39(2):278-291. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9560-0>
21. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12(12):CD001760. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001760.pub2>
22. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. 2010; 8:102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
23. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014; 89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
24. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 372(71):1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
25. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a análise temática. *Arq Bras Psicol*. 2019; 71(2):51-67. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>
26. Harish T, Muliya K, Murthy P. Successful management of vaginismus: An eclectic approach. *Indian J Psychiatry*. 2011; 53(2):154-155. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.82548>
27. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J*. 2018; 29(5):631-638. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>
28. Araújo IMM de, Monteiro TJL, Siqueira MLF. Non-pharmacological therapeutic approaches to painful sexual dysfunction in women: integrative review. *BrJP*. 2021; 4(3):239-244. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210036>
29. Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. The overactive pelvic floor (OPF) and sexual dysfunction. part 2: evaluation and treatment of sexual dysfunction in OPF patients. *Sex Med Rev*. 2021; 9:76-92.

<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.04.002>

30. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Waddell G, et al. Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: design and methods. *Contemp Clin Trials*. 2016; 46:52-59. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.11.013>
31. Trindade S, Luzes R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. *Alumni Revista Discente da UNIABEU*. 2017; 5(9):10-16. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/issue/viewFile/110/10>
32. Batista MCS. Physiotherapy as part of the interdisciplinary team in the treatment of female sexual dysfunctions. *Diagn Tratamento*. 2017; 22(2):83-87. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833699>
33. Silva ACM, Sei MB, Vieira RBAP. Família, religião e educação sexual em mulheres com vaginismo: um estudo qualitativo. *Psicol Teor Prat*. 2021; 23(3):1-24. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP13276>
34. Hoga LA, Tibúrcio CA, Borges AL, Reberte LM. Religiosity and sexuality: experiences of brazilian catholic women. *Health Care Women Int*. 2010; 31(8):700-717. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.486881>
35. Lima IS, Sousa MLP, Carvalho MQ, Macedo SR. Implicações do vaginismo no cotidiano das mulheres. *RBSH*. 2020; 31:28-37. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v31i1.58>
36. Troncon JK, Pandochi HÁ, Lara LA. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. *Rev Bras Sex Hum*. 2018; 28(2):69-74. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v28i2.25>
37. Menezes ETT, Rodrigues RDS, Pontes LS, Dias GAS, Latorre GFS, Nunes EFC. Avaliação fisioterapêutica nas disfunções do assoalho pélvico consequente ao tratamento de câncer do colo do útero. *Fisioterapia Brasileira*. 2017; 18(2):189-196. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884406>
38. Araujo MP, Parmigiano TR, Negra LGD, Torelli L, Carvalho CG, Wo L, et al. Avaliação do assoalho pélvico de atletas: existe relação com a incontinência urinária? *Rev Bras Med Esporte*. 2015; 21(6):442-446. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768278>
39. Knorst MR, Cavazzotto K, Henrique M, Resende TL. Physical therapy intervention in women with urinary incontinence associated with pelvic organ prolapse. *Rev Bras Fisioter*. 2012; 16(2):102-107. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22584770/>
40. Pereira AR, Côrtes MA, Valentim FCV, Pozza AM, Rocha LPO. Proposta de tratamento fisioterapêutico para melhoria da incontinência urinária de esforço pós-trauma: relato de caso. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*. 2014; 1(2):10-19. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/353>
41. Pereira VS, Hirakawa HS, Oliveira AB, Driusso P. Relationship among vaginal palpation, vaginal squeeze pressure, electromyographic and ultrasonographic variables of female pelvic floor muscles. *Braz J Phys Ther*. 2014; 18(5):428-434. <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0038>
42. Schafascheck E, Roedel APL, Nunes EFC, Latorre GFS. Fisioterapia no vaginismo - estudo de caso. *Revista Inspirar – Mov & Saúde*. 2020; 20(2). Disponível em: <http://revistams.inspirar.com.br/323592-2/>
43. Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, De Stefani S, Bianchi G. Sexual function and quality of life in women with urinary incontinence treated by a complete pelvic floor rehabilitation program (biofeedback, functional electrical stimulation, pelvic floor muscles exercises, and vaginal cones). *J Sex Med*. 2010;

7(3):1200-1208. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01676.x>

44. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019; 30(11):1849-1855. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>

45. Delgado AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Revista Científica da Escola da Saúde.* 2015; 4:47-56. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614>

46. Aydın S, Arioğlu Aydın C, Batmaz G, Dansuk R. Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: a randomized study. *J Sex Med.* 2015; 12:463-469. <https://doi.org/10.1111/jsm.12788>

47. 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; 12:228-237. <https://doi.org/10.1111/jsm.12740>

48. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019; 30(11):1821-1828. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3836-7>

49. Sousa CB, Souza VS, Figueredo RC. Disfunções sexuais femininas: recursos fisioterapêuticos na anorgasmia feminina pela fraqueza do assoalho pélvico. *Revista Multidebates.* 2020; 4(2):176-188. Disponível em: <https://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/215>

50. Wolpe RE, Toriy AM, Silva FP, Zomkowski K, Sperandio FF. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. *Acta Fisiátr.* 2015; 22(2):87-92. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150017>

**Recebido:** 30 Maio 2023 | **Aceito:** 21 Julho 2023 | **Publicado:** 27 Julho 2023



Garbin et al. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Attribution CC-BY 4.0, que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.