

MESTRADO INTEGRADO
MEDICINA

**Impacto do Vaginismo na Qualidade de
Vida, Função Sexual e Reprodutiva:
estudo retrospectivo duma amostra de
mulheres portuguesas**

Raquel Inês Oliveira Santos

M

2022



Página intencionalmente deixada em branco

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

ARTIGO ORIGINAL

Raquel Inês Oliveira Santos

raquelinesantos@gmail.com

Orientação: Dra. Cláudia Margarida Nascimento Marques Pereira

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Ginecologia, no Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Professora Auxiliar Convidada do Mestrado Integrado em Medicina, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Grau Académico Licenciatura

Coorientação: Professor Doutor Luís Guedes-Martins

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia no Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto
Professor Auxiliar Convidado do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Grau Académico Doutoramento

1 junho de 2022

Raquel Inês Oliveira Santos

Assinatura da Estudante

Cândice Marques

Assinatura da Orientadora

Luís Guedes Martins

Assinatura do Coorientador

1 junho de 2022

Agradecimentos

Várias pessoas foram essenciais neste percurso, às quais devo um agradecimento particular.

À Dra. Cláudia Marques, pelo apoio e força fundamentais para ultrapassar obstáculos inerentes à realização de um trabalho de investigação, particularmente, na área da sexualidade; pela orientação, revisão científica e pela contextualização clínica. Levarei comigo o seu exemplo de dedicação aos doentes e todo o conhecimento formal e informal que me transmitiu.

Ao Professor Doutor Luís Guedes-Martins, pelo apoio e coorientação na elaboração da dissertação.

Ao Doutor Rui Magalhães pela disponibilidade, auxílio e revisão do tratamento estatístico dos dados.

À Professora Doutora Liliana Castro, pela revisão científica na área da psiquiatria.

Ao Hugo Gonçalves, pelo apoio nos momentos menos bons, motivação constante e pelo equilíbrio, tão fundamental neste processo.

À minha família, pelas bases e os valores que permitiram orientar o meu percurso académico.

Resumo

Introdução O vaginismo é definido como perturbação de dor genitopélvica/penetração e pressupõe a existência de dificuldades persistentes com a penetração vaginal, dor vulvovaginal/pélvica, ansiedade ou medo da dor em antecipação, durante ou após a penetração e tensão muscular pélvica aumentada. A identificação de fatores de vulnerabilidade é essencial para a prevenção e tratamento. A repercussão na qualidade de vida, função sexual e reprodutiva pode ser considerável.

Objetivos Este estudo tem como objetivo caracterizar a doença, fatores de vulnerabilidade e *outcomes* terapêuticos e descrever o impacto na qualidade de vida, função sexual e reprodutiva.

Metodologia Estudo retrospectivo com informação recolhida nos registos clínicos e entrevistas telefónicas das doentes tratadas para vaginismo num centro terciário (CMIN-CHUPorto) de 2011 a 2021. Os questionários de autorresposta *Female Sexual Function Index* e WHOQOL-BREF(PT) foram aplicados para avaliar a função sexual e qualidade de vida. Realizou-se uma análise descritiva. Diferenças absolutas e relativas nos níveis de dor e ansiedade, antes do tratamento e atualmente, foram comparadas com o teste de Wilcoxon; o teste de Mann-Whitney foi utilizado para identificar diferenças nas mulheres com disfunção sexual e nas modalidades terapêuticas. Valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados A amostra final consistiu em 31 doentes. Os fatores de vulnerabilidade mais prevalentes foram valores conservadores (48,4%), história de depressão (25,8%), ansiedade (22,6%). Identificou-se um agravamento sintomático com gatilho emocionais (41,9%). O atraso da procura de tratamento foi superior no vaginismo primário (4,0 (1,7-5,2) vs 0,5 (0-2,5); $p=0,017$) e a maioria realizou terapia sexual com dilatadores, orientada por uma ginecologista.

A diferença na intensidade da dor, antes do tratamento e atualmente, foi significativa, quer absoluta (9,0 (8-10) vs 4,0 (1-6); $p < 0,001$) quer relativa (60 (40-90), $p < 0,001$), assim como a diferença relativa de ansiedade (57,1 (38,7-100); $p=0,006$). As mulheres com disfunção sexual tiveram piores resultados na redução da dor ($p=0,033$ e $p=0,004$) e ansiedade ($p=0,043$).

Mais de 1/3 apresenta resultados pouco satisfatórios na qualidade de vida relacional e psicológica. Quase 57,1% tem critérios para disfunção sexual. O domínio sexual com piores resultados é a dor e dificuldades consideráveis foram identificadas no desejo (25%) e orgasmo (17,9%). Quase a totalidade da amostra é nulípara; dos 4 partos registados, 3 foram por cesariana e 1 por via vaginal com episiotomia.

Conclusão Valores conservadores e comorbilidade psiquiátrica podem ser fatores de vulnerabilidade. Modalidades terapêuticas singulares também apresentam resultados positivos. Mulheres com disfunção sexual apresentam piores resultados na redução da dor. O vaginismo pode ter impacto negativo a nível da qualidade de vida, função sexual e reprodutiva das doentes, pelo que o seu reconhecimento e tratamento precoce é essencial.

Palavras-chave: Vaginismo, Disfunção Sexual, Dor crónica, Reprodução, Qualidade de Vida

Abstract

Introduction Vaginism is defined as genitopelvic pain/penetration disorder and consists of persistent difficulties with vaginal penetration, vulvovaginal/pelvic pain, anxiety, or fear of pain in anticipation, during or after penetration and increased pelvic muscle tension. Identification of vulnerability factors is essential for both prevention and treatment. The impact on quality of life, sexual and reproductive function can be substantial.

Objectives This study aims to characterize the disease, vulnerability factors and therapeutic outcomes and to describe the impact on quality of life, sexual and reproductive function.

Methods A retrospective study using data from clinical records and telephone interviews from women treated for vaginism in a tertiary center (CMIN-CHUPorto) from 2011 to 2021. Self-answered questionnaires Female Sexual Function Index and WHOQOL-BREF(PT) were used to evaluate sexual function and quality of life. A descriptive analysis was performed. Absolute and relative differences in pain and anxiety levels before treatment and currently were compared using Wilcoxon test; Mann-Whitney test was used to identify outcome differences in women with sexual dysfunction and in therapeutic modalities. p value <0.05 was considered statistically significant.

Results 31 women were included in the final sample. The most prevalent vulnerability factors were conservative values (48.4%), depression (25.8%) and anxiety (22.6%). Worsening cause by emotional triggers (41.9%) was identified. Treatment delay was greater in primary vaginism (4.0 (1.7-5.2) vs 0.5 (0-2.5); p=0.017). The majority underwent sex therapy with dilators, guided by a gynecologist. Differences in pain levels before treatment and nowadays were significant, either absolute (9,0 (8-10) vs 4,0 (1-6); p<0,001 or relative (60 (40-90), p<0.001), as well as relative differences in anxiety levels (57,1 (38,7-100); p=0,006). Women with sexual dysfunction had worse pain (p=0.033 and p=0.004) and anxiety (p=0.043) reduction. More than one-third had an unsatisfactory relational and psychological quality of life. Almost 57.1% had criteria for sexual dysfunction. The worst sexual domain was pain. Considerable difficulties with desire (25%) and orgasm (17.9%) were identified. Almost all were nullipara. Of the four recorded deliveries, three were by caesarean section and one by vaginal delivery with episiotomy.

Conclusion Conservative values and psychiatric comorbidity may be factors of vulnerability. Single therapeutic modalities also show positive outcomes. Women with sexual dysfunction have a worse pain reduction. Vaginism can have a negative impact on quality of life, sexual and reproductive function, and therefore, early recognition and treatment is essential.

Key Words: Vaginismus, Sexual Dysfunctions, Chronic pain, Reproduction, Quality of Life

Lista de Abreviaturas

CMIN-CHUPorto – Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

DSM-4 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition*)

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition*)

FSFI – *Female Sexual Function Index*

GPPPD – Perturbação de Dor genitopélvica/penetração (*Genitopelvic Pain/Penetration Disorder*)

ICD-11 – Classificação internacional da doença (*International Classification of Disease 11*)

IIQ – Intervalo interquartis

IMC – Índice de massa corporal

Md – Mediana

SNC – Sistema Nervoso Central

WHOQOL-100 - Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life – 100*)

WHOQOL-BREF (PT) - Versão portuguesa do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life – Bref*)

Índice

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT.....	IV
LISTA DE ABREVIATURAS.....	V
LISTA DE TABELAS	VII
LISTA DE FIGURAS	VIII
INTRODUÇÃO	1
MÉTODOS.....	4
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO	10
FATORES DE VULNERABILIDADE	11
IMPACTO, COGNIÇÕES E SENTIMENTOS.....	13
QUALIDADE DE VIDA	14
FUNÇÃO SEXUAL.....	14
FUNÇÃO REPRODUTIVA.....	15
ABORDAGEM TERAPÊUTICA.....	16
CONCLUSÃO	19
APÊNDICE	20
BIBLIOGRAFIA.....	38

Lista de tabelas

Tabela I. Grau de Vaginismo pela classificação de Lamont modificada

Tabela II. Características sociodemográficas

Tabela III. Caracterização clínica do vaginismo e história ginecológica

Tabela IV. Demora da procura de cuidados de saúde e duração do tratamento no vaginismo primário e secundário

Tabela V. Dor e Ansiedade antes do tratamento e atualmente e suas variações absolutas e relativas

Tabela VI. Qualidade de Vida

Tabela VII. Função Sexual

Tabela VIII. Variação da dor e ansiedade nas mulheres com critérios para disfunção sexual na atualidade

Lista de figuras

Fig. 1. Dor na Relação Sexual com penetração vaginal antes do tratamento e atualmente

Fig. 2. Ansiedade Antecipatória à Relação Sexual com penetração vaginal antes do tratamento e atualmente

Fig. 3. Prevalência dos Fatores de Vulnerabilidade

Fig. 4. Qualidade de Vida

Introdução

O vaginismo é uma entidade complexa e subdiagnosticada. A sua definição como perturbação de dor genitopélvica/penetração (GPPPD) pelo DSM-5, é uma tentativa de sistematizar o espectro clínico da penetração vaginal dolorosa. Este diagnóstico junta as entidades “vaginismo” e “dispareunia” e foca-se na sintomatologia relacionada com a dor e antecipação de penetração dolorosa, quer em contexto sexual, quer não sexual (uso de tampão, exame ginecológico). Esta definição encontra-se mais de acordo com a prática clínica.^{1,2} Este diagnóstico pode ser encarado como um contínuo, com o vaginismo no extremo da escala de evicção da penetração.

O diagnóstico é estabelecido pela presença de um ou mais dos seguintes critérios, de forma continuada por pelo menos 6 meses e que causam impacto funcional significativo: dificuldades persistentes e recorrentes com a penetração vaginal, dor vulvovaginal ou pélvica, ansiedade ou medo da dor em antecipação, durante ou após a penetração e tensão muscular do pavimento pélvico aumentada durante as tentativas de penetração.³

No ICD-11, o vaginismo, referido como Perturbação da Dor Sexual/Penetração, é abordado em separado da dispareunia e vulvodinia.⁴ Mantém a necessidade de exclusão de determinantes físicos para a dor, distinguindo-os de relacionais ou psicológicos. Esta abordagem nem sempre é concebível em contexto clínico.⁵

A abordagem do DSM-5 é controversa. Alguns autores argumentam que pode comprometer a identificação de possíveis diferenças entre as entidades,² sugerindo que o vaginismo poderá ser distinguido pelo medo da dor/penetração, cognições catastróficas e comportamentos de evicção.^{2,6} O espasmo vaginal ou as medidas de dor não parecem ser ferramentas diagnósticas válidas ou confiáveis.⁶⁻⁸ Apesar da grande sobreposição de características, parecem existir algumas diferenças objetiváveis por procedimentos diagnósticos, cuja realização não é viável em contexto clínico.⁷

O vaginismo pode ser classificado em 4 graus, pela escala de Lamont, com base no comportamento durante o exame ginecológico. Pacik sugere a introdução de um 5º grau, que se caracteriza por uma reação visceral às tentativas de penetração (tabela I).⁹ Tem utilidade na gestão terapêutica e prognóstico.¹⁰

A categorização “primário/secundário” do DSM-4, apesar de não ser suportada por evidência de implicação no diagnóstico, etiologia e *outcome* terapêutico,⁵ ainda pode ser encontrada na prática clínica, pelo que se optou por apresentá-la neste trabalho. No vaginismo primário, a clínica esteve presente desde sempre, enquanto que no secundário, previamente, a mulher já foi capaz de ter relações com penetração sem sintomas.¹¹

Existe algum debate relativamente à sua classificação como disfunção sexual ou como perturbação da dor. O DSM-5 dá ênfase à dor e encara a penetração como termo mecânico, indutor de estímulo doloroso.⁶ O ICD-11 perpetua o termo “dor sexual”, mas separa-o das disfunções sexuais. Alguns argumentam que a classificação como disfunção sexual não deve ser promovida, visto que é demasiado orientada para o sexo masculino. A razão que leva a mulher a querer ter relações com penetração deve ser avaliada.⁵ O seu reconhecimento como síndrome de dor funcional, com consequências sexuais e não sexuais¹², poderá ser importante para a sua abordagem.

A prevalência de vaginismo é cerca de 5-17%.^{4,13,14} No entanto, estima-se que o valor real seja superior. A dor ocorrer no contexto sexual é central para a sua contínua estigmatização.⁶ As mulheres com vaginismo tendem a permanecer silenciosas, não abordando o tema com a família, amigos, ou até mesmo com o seu médico ou ginecologista.¹⁰ A duração do vaginismo ao diagnóstico, pode rondar desde alguns meses até mais de 10 anos.^{11,15}

A dor é um elemento central nesta entidade, bem como o medo de a experimentar. Existem vários modelos que tentam explicar o desenvolvimento da patologia. A distinção entre a causa da dor, as suas consequências psicológicas e fatores perpetuadores revela-se difícil.⁶

A perceção da dor resulta de uma interação complexa entre sinalização, processamento e modulação cognitiva e afetiva.¹⁶ Tem sido proposta a existência de uma desregulação do Sistema Nervoso Central (SNC), induzida pelo medo e ansiedade e/ou por um estímulo doloroso prolongado, que aumente a perceção da dor.^{16,17}

“A nociceção não leva necessariamente à experiência subjetiva da dor e a perceção da dor não requer nociceção ativa”.⁶ Nesta entidade, a dor pode ser inicialmente despoletada por um gatilho periférico, como infeções recorrentes, que levam a inflamação. A inflamação pode persistir após a infeção e dar origem a hiperexcitabilidade do SNC, que pode perdurar para além da inflamação.⁶

A teoria do portão sensorial, pressupõe a existência de uma barreira supressora de estímulos sensoriais repetitivos, protegendo o SNC, e a sua função é avaliada através do P50 (amplitude de redução relativa no eletroencefalograma de potenciais auditivos evocados entre o 1º e o 2º estímulo, com reduções de 80% consideradas normais). Num estudo realizado, a taxa de supressão do P50 durante o estímulo visual sexual foi significativamente inferior nas mulheres com vaginismo.¹⁸ Estes dados são a favor da existência de défices no processamento da informação sensorial e podem explicar o condicionamento pelo medo, que ocorre pela associação de estímulos neutros com estímulos aversivos. Défices no P50 têm sido identificados em diversas patologias psiquiátricas.¹⁸

As mulheres com vaginismo apresentam cognições negativas relativas à dor, que modulam e amplificam a sua intensidade percebida.^{16,17} Estão associadas a pior prognóstico e menor autoeficácia na sua gestão. As principais são hipervigilância, que se traduz por uma atenção permanente com monitorização de sensações genitais que possam sinalizar o início da dor e o catastrofismo, assumindo a pior consequência possível quando a dor é experienciada (dor intratável, incontável, muito ameaçadora).^{6,16,17} O medo da dor tem sido a principal razão apresentada pelas doentes para explicar a evicção sexual¹³ e pode ser mais incapacitante do que a dor em si.⁶

A associação desta entidade com síndromes de dor crónica, como fibromialgia ou síndrome do intestino irritável, tem vindo a ser descrita¹⁹ e traduz a importância da modulação central. Alguns fatores de vulnerabilidade têm sido identificados, como valores sexuais conservadores²⁰⁻²² e comorbilidade psiquiátrica.^{11,23,24}

O desenvolvimento do vaginismo pode ser entendido como um círculo vicioso de medo e evicção.^{6,17} Uma experiência inicial dolorosa produz cognições de catastrofismo associadas a medo da dor e do seu significado. Isto leva a hipervigilância, que amplifica e mal interpreta as sensações, aumentando as emoções negativas associadas à dor. As contrações defensivas da musculatura pélvica e a interferência com o desejo sexual, excitação e lubrificação, agravam a experiência dolorosa. Repetidas experiências de dor sexual confirmam o medo da penetração, e a necessidade de hipervigilância, criando-se um ciclo.^{6,17}

Comportamentos de evicção acompanham estas cognições e impedem que a experiência as substitua, tornando-se no mecanismo de *coping* primário.⁶ O vaginismo parece ser uma resposta condicionada de proteção em relação à penetração dolorosa.¹⁷ Graus mais severos tendem a não tolerar o uso de tampão ou a realização de exame ginecológico.^{9,10} A manutenção da psicopatologia está relacionada com a instalação de uma síndrome de atenção cognitiva, com comportamentos de *coping* mal direcionados (supressão e evicção de pensamentos ou situações, uso de substâncias), pensamentos negativos sustentados (ruminação, preocupação) e atenção focada na ameaça.²⁵

O diagnóstico e abordagem da patologia, idealmente, deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar. As dificuldades na penetração, a dor e ansiedade podem ser abordadas por um profissional de saúde mental com base na anamnese e a disfunção do pavimento pélvico por um fisioterapeuta ou ginecologista.⁵

As doentes devem ser avaliadas por um ginecologista familiarizado com a dor genitopélvica. A maioria da dor genital aguda resulta de processos inflamatórios infecciosos.¹⁷ Outras etiologias possíveis são líquen plano e escleroso, vaginite atrófica, inadequada lubrificação ou lesões (pré-)

malignas. Reações alérgicas, anomalias congénitas, cistite intersticial, irritação mecânica ou química e trauma perineal podem ser considerados.¹⁷ A dor pélvica pode ser uma manifestação de patologia ginecológica (endometriose, doença inflamatória pélvica), gastrointestinal (doença inflamatória intestinal, doença hemorroidária), neuropatias ou disfunção do pavimento pélvico.¹⁷ A síndrome de dor miofascial é uma causa frequente de dor sexual e a identificação de pontos gatilho faz o diagnóstico.²⁶ O pavimento pélvico tem risco acrescido pelo papel no suporte musculoesquelético, função vesical, intestinal e sexual e pela vulnerabilidade ao stress físico e psicológico.²⁶ Estas entidades podem ser diagnósticos diferenciais, mas também fatores desencadeantes de uma resposta condicionada à dor, que se manifesta como vaginismo.

A abordagem terapêutica passa pela psicoeducação e dessensibilização à penetração.^{6,17} Uma estratégia multidisciplinar concomitante com psicoterapia, terapia sexual com dilatadores e fisioterapia do pavimento pélvico é a sugerida.⁶

O percurso pelos cuidados de saúde pode ser moroso e pouco amigável e a disponibilidade de cuidados especializados é limitada.²⁴ Esta entidade pode ter um impacto negativo considerável na saúde mental e relações interpessoais, na qualidade de vida,²⁷ função sexual^{28,29} e reprodutiva e nos *outcomes* obstétricos³⁰.

Este estudo tem como objetivo caracterizar a doença e descrever fatores de vulnerabilidade presentes nas mulheres tratadas para vaginismo num centro terciário português e perceber de que forma é que a entidade interfere na qualidade de vida, função sexual e reprodutiva destas doentes. Pretende-se avaliar o *outcome* terapêutico, analisando as diferenças nos níveis de dor e ansiedade antes do tratamento e na atualidade.

Métodos

Estudo retrospectivo com consulta da informação presente no processo clínico eletrónico das doentes seguidas no CMIN-CHUPorto entre os anos 2011 e 2021. Pretende-se caracterizar a doença, fatores de vulnerabilidade e função reprodutiva; a atual função sexual e a qualidade de vida foram avaliadas com questionários validados para a população portuguesa. Nesta amostra foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, que foram diagnosticadas com vaginismo (segundo avaliação clínica e critérios de diagnóstico de DSM-4 ou DSM-5 em vigência) por uma ginecologista especializada no tema.

As participantes foram contactadas via chamada telefónica pela ginecologista responsável pelo seu tratamento, com a qual já estabeleceram uma relação médico-doente, para apresentação do estudo, obtenção de consentimento informado oral e esclarecimento de eventuais lacunas de

informação. As participantes não receberam compensações monetárias. Foi disponibilizada a possibilidade de agendamento de consulta de ginecologia para revisão clínica do vaginismo. O presente estudo obteve aprovação pela comissão de ética do CHUPorto.

Participantes

Realizou-se uma revisão dos 41 processos associados aos códigos de vaginismo (F525 e N942) e dispareunia (N941), das doentes seguidas em consulta de 2011 a 2021. Seis doentes com patologia orgânica relevante (endometriose, líquen escleroso, atresia vaginal) foram excluídas, assim como as mulheres em *status* peri-menopausa. Duas doentes recusaram participar e duas permaneceram incontactáveis. Aceitaram participar 31 mulheres e 28 entregaram os questionários de avaliação.

Materiais

Foram obtidas informações relativas a características sociodemográficas e variáveis clínicas, como antecedentes médicos e cirúrgicos relevantes e medicação habitual, uso de tabaco, IMC e história ginecológica e obstétrica. Relativamente ao vaginismo realizou-se a distinção entre primário e secundário, uso prévio de tampões e de realização de exame ginecológico, grau de vaginismo ao diagnóstico segundo escala de Lamont modificada¹⁰, demora na procura de tratamento, a sua duração e modalidades.

As intensidades da dor e ansiedade antecipatória a relações sexuais com penetração, antes do tratamento e atualmente, foram registadas através de uma escala numérica de 11 pontos, de 0 “sem dor/ansiedade” e a 10 “dor/ansiedade máxima imaginável”, segundo o protocolo de Pacik^{9,10}. Posteriormente, a intensidade da dor foi classificada em 5 categorias segundo a norma da DGS³¹, em que 0 corresponde a “Sem Dor”, 1-2 “Ligeira”, 3-5 “Moderada”, 6-8 “Intensa” e 9-10 “Máxima”. A avaliação da ansiedade pela escala de 11 pontos apresentou uma correlação significativa com outras escalas, como o *State-Trait Anxiety Inventory*,³² e foi escolhida pela facilidade de aplicação e brevidade.

Foram pesquisados fatores de vulnerabilidade como valores familiares conservadores, sexualidade vista como tabu, impacto negativo da religião, medo específico, história de abuso físico, emocional ou sexual, história de trauma genital, comorbilidade psiquiátrica já diagnosticada e história familiar de vaginismo e agravamento sintomático com gatilhos emocionais. Foram registados em respostas dicotómicas (Sim/Não). Foram analisados os descritores usados pelas doentes relativamente à dor, aos sentimentos e cognições associados à penetração e ao vaginismo. A experiência subjetiva do percurso nos cuidados de saúde também foi avaliada.

Os questionários *Female Sexual Function Index* (FSFI) e *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF(PT)) foram usados para avaliar a função sexual e a qualidade de vida das mulheres tratadas para vaginismo. Foram autoadministrados e, de forma a garantir o anonimato, respondidos sob identificação codificada.

O FSFI é um questionário breve, que avalia as dimensões chave na função sexual feminina.³³ Inquire sobre as dificuldades percebidas nas últimas 4 semanas em 6 domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Os 19 itens têm 5 a 6 opções de resposta, das quais deve ser assinalada apenas uma. São classificados numa escala de Likert de 5 pontos, de 1 (“(quase) nunca” ou “muito insatisfeita”) a 5 (“(quase) sempre” ou “muito satisfeita”). Existe uma opção extra de resposta “sem atividade sexual” ou “sem relação sexual” (com penetração vaginal), que se classifica de 0. As pontuações do domínio são obtidas pela soma dos seus itens e multiplicação pelo fator de ponderação. A pontuação total, de 2 a 36, é a soma da pontuação dos domínios e, quanto maior, maior o nível de função sexual. Foi utilizado um *cut-off* de $\leq 26,55$ como identificação de risco para disfunção sexual clinicamente relevante.³⁴ A escala mostrou ter validade, boa consistência interna, com alfa de Cronbach entre 0,82 e 0,95 e fiabilidade aceitável de teste-reteste.^{33,35} Foi usada a versão validada para a população portuguesa, com características psicométricas adequadas.³³

A WHOQOL-BREF é uma versão abreviada da WHOQOL-100, com características psicométricas semelhantes.³⁶ Avalia a qualidade de vida, nas últimas 2 semanas, em 4 domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente. Consiste em 26 questões, 24 sobre as facetas avaliadas e 2 sobre qualidade de vida e satisfação com saúde em geral. As respostas estão num formato de 5 pontos de Likert, de 1 “Muito mau” a 5 “Muito bom”. O questionário validado para a população portuguesa apresenta boas características psicométricas.^{36,37} Os resultados foram transformados para a pontuação da WHOQOL-100, como recomendado.³⁷ Quanto maior a pontuação, maior a qualidade de vida percebida. A qualidade de vida foi considerada pouco satisfatória se inferior a 60, tendo em conta outros estudos realizados.^{38,39}

Análise estatística

Os dados recolhidos foram analisados usando o software SPSS 27.0 para Windows (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA). Foi realizada uma análise descritiva. O teste de normalidade de Shapiro-Wilk foi aplicado, de forma a identificar as variáveis que seguem uma distribuição normal. Nestas, foi calculada a média e desvio padrão. Nas restantes, serão apresentadas a mediana (Md) e intervalo interquartil (IIQ) entre o percentil 25 e o percentil 75. Parâmetros categóricos foram analisados com número e percentagem.

Procedeu-se à avaliação de diferenças significativas entre o vaginismo primário e secundário com o teste de Mann-Whitney.

De forma a avaliar a existência de diferenças significativas antes do tratamento e atualmente, na diferença absoluta e relativa de intensidade da dor e ansiedade, realizou-se o teste de Wilcoxon. Foi considerada uma diferença clinicamente relevante de 2 pontos nos valores absolutos e de 30% nos relativos, tendo em conta estudos sobre a dor.^{40,41} Avaliou-se a existência de diferenças significativas, absolutas e relativas, na dor e ansiedade nas mulheres com risco para disfunção sexual e nas modalidades terapêuticas, com o teste de Mann-Whitney. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

As dificuldades sexuais reportadas foram consideradas relevantes quando presentes em mais de 75% das relações sexuais (“Quase sempre/sempre” e “Mais de metade das vezes”) através da resposta das questões 1, 3, 7, 11 e 17 do FSFI, à semelhança de outros estudos.³⁵

Tendo em conta a reduzida amostra e a ausência de controlos, não foi possível identificar correlações nem avaliar o impacto dos fatores de vulnerabilidade, pretendendo-se fazer apenas uma análise descritiva dos mesmos.

Resultados

A amostra final consistiu em 31 mulheres, com idades entre os 18 e os 46 anos. As variáveis sociodemográficas poderão ser consultadas na tabela II. O IMC da amostra classifica-se como normal na maioria das doentes (67,7%) e baixo peso em 12,9%.

Cerca de 83,9% da amostra pode ser classificada com vaginismo primário e a maioria apresenta um grau 4 ou grau 3 (tabela III). Verifica-se que o atraso na procura de cuidados de saúde, em anos, é significativamente superior no vaginismo primário (4,0 (1,7-5,2) vs 0,5 (0-2,5); $p=0,017$). Não foram identificadas diferenças significativas na duração do tratamento (tabela IV).

No que se refere às modalidades de tratamento, a maioria (54,8%) realizou terapia sexual com dilatadores, realizada por uma ginecologista. Cerca de 8 (25,8%) doentes, realizaram uma abordagem multidisciplinar, com psicoterapia, terapia sexual com dilatadores, fisioterapia e 4 (12,9%) realizaram cirurgia.

Relativamente à variação de intensidade da dor, verifica-se que as diferenças absolutas (9,0 (8-10) vs 4,0 (1-6); $p < 0,001$) e relativas (60 (40-90), $p < 0,001$) são estatisticamente significativas (tabela V). Não houve diferenças significativas entre modalidades terapêuticas. Antes do tratamento, a dor

classificava-se como “severa” ou “máxima”, transitando para “moderada” (33,3%), “sem dor” (22,2%) ou “ligeira” (14,8%) após o mesmo (Fig. 1.)

A descrição mais comum da dor ou sensação experienciada nas tentativas de penetração é “Bater contra uma Parede”, “Não haver espaço” ou em “Rasgão”. Seis (19,4%) descrevem “Ardor” ou “Lâminas a espetar” e 6 (19,4%) referem ambas as descrições.

Relativamente à intensidade de ansiedade, as diferenças absolutas (7,0 (5-9) vs 3,0 (0-5); $p=0,045$) e relativas (57,1 (38,7-100); $p=0,006$) foram significativas (tabela V e Fig. 2.). Não houve diferenças significativas entre modalidades terapêuticas.

Relativamente aos sentimentos atualmente associados à penetração, cerca de 40% associa a prazer, mas cerca de 40% mantém medo da dor e 16% refere mesmo aversão e repugnância.

Quando questionadas sobre os pensamentos e emoções associados ao vaginismo, a maioria refere o sentimento de culpa e diminuição da feminilidade (como se fossem “mulheres incompletas”) e da autoestima. Sentiam vergonha e medo de serem julgadas, e, na maioria dos casos, apenas o parceiro era conhecedor da sua patologia. Sentiam-se frustradas, desadequadas e impotentes em relação à doença e questionavam-se do porquê de acontecer consigo. Várias reconhecem que a doença teve consequências negativas na sua saúde mental. Receios relativos ao futuro da relação e à função reprodutiva são partilhados por algumas mulheres. Muitas referem ter demorado a reconhecer que tinham um problema e desejariam ter procurado ajuda mais precocemente.

No que respeita aos cuidados de saúde, a maioria passou por vários profissionais incapazes de as tratar ou até mesmo de reconhecer a patologia. Algumas doentes referem ter ouvido comentários condescendentes por parte de profissionais de saúde, como por exemplo “Deve andar a injetar coisas! Isto não é normal”, “Se passa um bebé, é impossível estar a doer”, “Não sei como é que a menina se lava”. Cerca de 25% afirma ter recorrido, inicialmente, a cuidados de saúde privados e cerca de 19% ao médico de família. Afirmam que o balanço foi positivo, pois permitiu realizar o diagnóstico e dar-lhes uma razão para explicar os seus sintomas, reduzindo a ansiedade. Muitas manifestam alívio e satisfação por terem “resolvido” o problema.

Fatores de vulnerabilidade

Dos fatores de vulnerabilidade pesquisados, 15 (48,4%) mulheres referem ter um contexto familiar conservador, 8 (25,8%) referem que a sexualidade era encarada como um tabu e 4 (12,9%) acham que a religião teve impacto na sua patologia. Quando questionadas sobre a presença de medos específicos, a maioria (80%) responde que não tem – apenas tem medo da dor. Relativamente a história de abuso, 6 participantes (19,4%) referem ter sofrido de abuso sexual, a maioria na infância,

e 1 (3,2%) abuso emocional. Trauma genital é referido por 3 (9,7%). Quando questionadas sobre a noção de agravamento dos sintomas do vaginismo com gatilhos emocionais, como tristeza, ansiedade ou stress, 13 (41,9%) responderam afirmativamente. Quanto à história familiar de vaginismo, a maioria desconhece (90,3%). Os dados podem ser consultados na Fig. 3.

Relativamente aos antecedentes médicos, 2 (6,4%) doentes foram diagnosticadas com Síndrome do Intestino Irritável, 2 com hipotireoidismo, 1 com dermatite atópica e 1 com hidradenite supurativa. No que respeita à comorbilidade psiquiátrica já diagnosticada, 8 (25,8%) apresentam história de Depressão Major, 7 (22,5%) de Perturbação de Ansiedade, 3 (9,7%) de Perturbação Obsessiva Compulsiva e 1 (3,2%) de Anorexia Nervosa.

Qualidade de Vida

Os resultados transformados do WHOQOL-BREF(PT) podem ser consultados na tabela VI. A autoperceção da qualidade de vida e a satisfação em geral com a saúde têm valores considerados bons. O domínio com pior resultado é o das relações sociais (Md 62,5; IIQ 50-75), seguindo-se o do bem-estar psicológico (Md 66; IIQ 50-75), com mais de 1/3 das participantes a pontuar abaixo de 60 (pouco satisfatório) (Fig. 4).

Função Sexual

O resultado do FSFI pode ser consultado na tabela VII. O domínio com melhor pontuação é o da lubrificação, e, o que pontua pior é o da dor, seguindo-se o do desejo.

Verifica-se que 16 (57,1%) participantes, atualmente, têm critérios para disfunção sexual clinicamente relevante. A diferença de intensidade da dor entre o grupo de mulheres com e sem disfunção sexual é estatisticamente diferente, quer absoluta (5,0 (2,5-6) vs 7,0 (5,0-8); $p=0,033$) quer relativa (55,6 (27,5-71,7) vs 88,9 (66,2-100); $p=0,004$). As mulheres com disfunção sexual apresentaram pior redução da dor. Relativamente à ansiedade, encontram-se valores significativos na diferença relativa (44,4 (25,9-87,5) vs 100 (53,6-100); $p=0,043$).

Avaliando a frequência de dificuldades sexuais relevantes, 32,2% apresenta dor, 25% diminuição do desejo, 17,9% dificuldades no orgasmo, 14,3% dificuldades na lubrificação e 7,2% dificuldades na excitação sexual.

Função Reprodutiva

Na história ginecológica, 24 (77,5%) referem dismenorria e 6 (19,3%) participantes não conseguem controlar com anti-inflamatórios não esteroides. Relativamente aos métodos

anticoncepcionais, 17 (54,8%) mulheres usam contraceptivos hormonais combinados. Das 25 mulheres com critérios para realizar o rastreio do cancro do colo do útero, 11 (44%) não o realizou.

Relativamente à função reprodutiva, a maioria das mulheres é nulípara (90,3%), grande parte (64,5%) por opção pessoal, mas cerca de 22,6% refere condicionamento pelo vaginismo. Das 3 mulheres não-nulíparas, a conceção foi espontânea com penetração vaginal e nenhuma evitou consultas de acompanhamento obstétrico. À data de parto, a idade materna média foi 35 anos e a idade gestacional foi, em média, 40 semanas. As vias de parto foram 2 cesarianas por trabalho de parto complicado/incompatibilidade feto-pélvica, 1 cesariana de emergência por corioamnionite e 1 parto vaginal com realização de episiotomia. A doente com parto vaginal referiu agravamento pós-parto dos sintomas de vaginismo, nomeadamente, da dor.

Discussão

O vaginismo é uma patologia biopsicossocial. Pouco se conhece sobre a caracterização das doentes portuguesas no que respeita aos fatores de vulnerabilidade e repercussão na qualidade de vida, função sexual e reprodutiva. Neste trabalho, os fatores de vulnerabilidade mais prevalentes foram valores conservadores e história de depressão e ansiedade. Identificou-se agravamento sintomático com gatilhos emocionais. O atraso da procura de tratamento foi superior no vaginismo primário. As doentes obtiveram diferenças significativas na variação da dor e ansiedade, com o tratamento realizado. Mais de metade das participantes apresenta ainda critérios para disfunção sexual, com dificuldades relativas à dor, desejo e orgasmo, e nestas, verificou-se uma menor redução da dor e ansiedade. A qualidade de vida parece ter sido mais afetada nos domínios das relações sociais e bem-estar psicológico. Quase a totalidade da amostra é nulípara.

Esta amostra é semelhante às de outros estudos, relativamente à idade,^{14,15,20,30,42-45} estado civil (maioria é não casada)^{7,46} e escolaridade (maioria com ensino superior ou secundário)^{15,25,47,48}. Estes dados contrastam com os da população portuguesa, em que apenas 20% das mulheres têm o ensino superior.³⁵ Um nível educacional mais elevado não previne crenças distorcidas sobre a sexualidade. No entanto, não se pode inferir que o vaginismo é mais comum em mulheres com maior escolaridade – pode apenas traduzir um maior reconhecimento da patologia e procura de tratamento, com maior recurso aos cuidados de saúde.

As descrições da dor são variadas. Pode estar presente ardor ou dor em facada/picada, sugestivo de dor neuropática. Nos casos mais severos, a hipertonicidade involuntária do músculo bulbocavernoso é significativamente mais comum e as tentativas de penetração assemelham-se a "bater numa parede" ou a um "punho fechado".⁹ A descrição da dor mais frequente nesta amostra

foi “bater contra uma parede”, “não haver espaço” ou em “rasgão”, o que pode traduzir casos mais severos. A presença da classificação em grau 4 e 3 também está de acordo com esta ideia. É mais provável que as mulheres com patologia mais grave procurem mais os cuidados de saúde, de forma a realizar tratamento. O facto de a amostra ser de um centro terciário também pode influenciar este resultado, com seleção dos casos mais graves.

Fatores de Vulnerabilidade

É longa a controvérsia e indefinição relativamente aos fatores etiológicos do vaginismo. Uma educação sexual conservadora e repressiva, comum nos países latinos como Portugal, pode levar a ideias de sobrevalorização da virgindade,^{25,35,49} em que a honra e dignidade da mulher depende da sua sexualidade^{22,35}. A sexualidade é encarada como errada e imoral.

Nesta amostra, quase a maioria das doentes caracteriza o seu contexto familiar como conservador e ¼ refere que a sexualidade era encarada como tabu. Se os valores conservadores formarem a perspetiva nuclear desde idade precoce poderão despoletar automaticamente uma resposta de defesa, com medo ou repugnância^{2,20,50} e comportamentos de evicção sexual, aumentando a predisposição para disfunção sexual.²⁰⁻²² Relativamente às cognições associadas à penetração nestas doentes, 16% ainda revela alguma aversão e repugnância, mesmo após o tratamento, o que traduz a dificuldade da sua abordagem e reestruturação.

Apesar dos valores conservadores serem maioritários, apenas 12,9% acredita que a religião teve um impacto negativo na sua patologia. Estudos recentes evidenciam que a religiosidade não tem um impacto direto, mas pode levar à instalação de dor sexual, se estiver associada a sentimentos de culpa.²² A crença de que existe uma conduta sexual aceitável, pode levar a preocupação com transgressão moral se a mesma não for seguida. Para além da dor, pode comprometer a procura de tratamento.²²

O vaginismo primário é o mais prevalente nesta amostra, o que vai de encontro à literatura.^{4,9,51} Verificou-se que as doentes com a forma primária, demoram significativamente mais tempo a procurar tratamento, o que pode traduzir o impacto destes fatores. Não encontramos evidência de consequências na duração do tratamento.

Nesta amostra, cerca de 9,7% refere ter conhecimento de história familiar da patologia. A sua prevalência real é difícil de avaliar, visto que, frequentemente, não é um tema abordado. A presença de uma predisposição genética aumentada para infeções ou alergias, anormalidade nos recetores hormonais, perturbação da modulação da dor ou suscetibilidade psicossocial poderão ser equacionadas.⁶

As doentes diagnosticadas com disfunção do pavimento pélvico, como vaginismo, parecem ter uma maior prevalência de história de abuso sexual, principalmente na infância,^{12,17,19,42,52} que ronda os 17-25%.^{4,9,43,53,54} Nesta amostra, a prevalência chega quase a 20%. Apesar disto, não há evidência empírica duma relação, existindo estudos com resultados contraditórios.^{4,13,21} A verdadeira prevalência é difícil de calcular, pois as sobreviventes podem não referir espontaneamente, por vergonha ou falta de perceção de segurança ou não associarem as duas situações.¹² Negligência emocional também tem sido relatada.^{42,52} O abuso sexual na infância pode afetar o desenvolvimento de autorrepresentações sexuais positivas.⁴ Há autores que sugerem que é a comorbilidade psiquiátrica consequente ao abuso que pode estar relacionada com a dor sexual.⁶

O pavimento pélvico pode ser considerado um órgão emocional.¹⁷ A sua musculatura é indiretamente inervada pelo sistema límbico, pelo que pode ser bastante reativa ao estado emocional, nomeadamente à ansiedade, medo e repugnância.^{2,11,55} Mais de 40% desta amostra tem uma noção de agravamento dos sintomas de vaginismo com gatilhos emocionais, como tristeza, ansiedade ou stress, o que vai de encontro à literatura.⁶

É mais provável que uma mulher com dismenorreia, principalmente severa, apresente vaginismo, dispareunia e redução do desejo sexual.⁵⁶ Esta amostra tem uma elevada prevalência de dismenorreia, cerca de ¼ com difícil controlo, o que pode sugerir a presença de uma patologia pélvica não diagnosticada ou desregulação nas vias de modulação e processamento da dor.

As perturbações da saúde mental são dos fatores de risco mais importante para as disfunções sexuais femininas – a neurobiologia, sintomas, fármacos, dificuldades relacionais e estigmatização podem contribuir para este efeito.⁵⁷ A depressão, ansiedade e disfunção sexual feminina parecem estar relacionadas,^{11,15,23,24,57} mas o debate permanece: a depressão e ansiedade serão causa ou consequência da disfunção sexual? Ou resultarão as três de uma vulnerabilidade psicológica aumentada?^{47,57}

A prevalência do diagnóstico de doença psiquiátrica nesta população pode chegar aos 30%, segundo dados da literatura.⁴ A depressão parece ser um fator de risco independente para GPPPD.²⁵ O impacto da anedonia no ciclo sexual e sistema de recompensa aumenta o risco para dor sexual.⁵⁷ A perturbação de ansiedade é significativamente mais comum nestas doentes^{12,21,25,58} e a sua prevalência ronda os 25% noutros estudos realizados.⁵³ Ansiedade está associada às cognições negativas de hipervigilância e catastrofismo, diminuição da excitação subjetiva e do prazer.^{15,57} Nesta amostra, a comorbilidade psiquiátrica é considerável, com cerca de 25% relatando história de depressão major e mais de 20% perturbação de ansiedade, diagnosticadas por um profissional de saúde mental, o que está de acordo com o descrito. O medo da dor com a penetração ainda está

presente em grande parte (40%) destas doentes, mesmo após terem realizado tratamento, o que pode indicar uma necessidade de reavaliação e reforço terapêutico. A presença de um medo específico pode contribuir para o aumento da ansiedade.¹⁰ Nesta amostra, cerca de 16,1% referiram medo de engravidar.

A repercussão das perturbações alimentares na função sexual e reprodutiva feminina tem vindo a ser investigada. Parece existir uma maior prevalência destas perturbações nas doentes com infertilidade, e, em adição às repercussões metabólicas, parecem ter mais ansiedade e disfunção sexual, como vaginismo, anorgasmia, diminuição da libido.⁵⁹ Quase 1 em cada 5 doentes desta amostra tem baixo peso e uma doente apresenta história de anorexia nervosa. Isto pode traduzir o impacto psicológico ou hormonal na esfera sexual, quer direto quer indireto, através da comorbilidade com depressão ou ansiedade.

Impacto, Cognições e Sentimentos

Quando foram explorados as cognições e sentimentos associados ao vaginismo, a maioria das nossas doentes referiu culpa, diminuição da feminilidade e uma resposta emocional com tristeza, vergonha e revolta, o que está de acordo com a literatura.^{10,15,27} Foi descrita uma relação entre baixa autoestima e vaginismo.^{11,24,43,47} A diminuição da feminilidade poderá ser explicada, entre outros aspetos, pela frustração com o corpo, percecionado como defeituoso, que se expande para a perceção de ser uma mulher “defeituosa”.⁶⁰ O impacto da entidade no autoconceito sexual é notório.

Há autores que defendem que as mulheres com vaginismo tendem a escolher parceiros compreensivos e tolerantes, com pouca experiência sexual, em que ambos apresentam comportamentos de evicção e têm um acordo implícito não consciente de não procurar tratamento.^{54,61} Isto poderá ter impacto negativo na fertilidade e na função sexual. A resposta do parceiro é o preditor relacional mais importante na experiência da dor. O encorajamento de estratégias de *coping* adaptativas pelo parceiro e a comunicação sexual entre o casal está associada a menos dor e ansiedade, menor disfunção e maior satisfação sexual e relacional.⁶

As nossas doentes referem sentimentos de culpa, incompetência e desadequação. Isto poderá traduzir níveis inferiores de autocompaixão, tendo mais dificuldade em perceber a dor ou o insucesso como aspetos comuns da experiência humana.²³ Receio de avaliação negativa pelo parceiro, da possibilidade de separação conjugal ou infidelidade também são referidos, o que vai de encontro ao descrito.^{10,15}

O percurso pelos cuidados de saúde, até ao tratamento, pode ser difícil. Pode haver falta de reconhecimento da patologia pela doente, profissional de saúde ou sociedade.⁶² Grande parte da nossa amostra refere ter demorado a reconhecer que tinha um problema e desejaria ter procurado tratamento mais precocemente. O vaginismo é um tema pouco abordado nas escolas médicas, internato, conferências e congressos, o que leva a dificuldades no seu diagnóstico e tratamento.¹⁰ Podem ter de navegar pelo sistema, consultando vários profissionais e acumulando más experiências. A incapacidade de tolerar um exame ginecológico pode dar origem a comentários pejorativos, por profissionais menos preparados. Oferecer informação sobre a doença é mais eficaz que dar sugestões condescendentes na redução da ansiedade. Algumas das nossas doentes recorreram ao médico de família e demonstraram-se satisfeitas com a sua abordagem empática e encaminhamento. A referenciação *ad initium* para um centro especializado poderá ser benéfico.^{6,62} Em geral, as doentes classificaram o percurso pelos cuidados de saúde como positivo. Deve ser interpretado com cautela, pois pode estar presente viés de seleção e recordação.

Qualidade de Vida

A qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, corresponde à perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro da sua cultura e em relação aos seus objetivos e expectativas.³⁶ Pode ser influenciado de forma complexa pela saúde física e psicológica, relações sociais e relação com o meio.^{15,24}

Na pouca literatura existente, as mulheres com dor na penetração reportam uma menor qualidade de vida.²⁷ Esta amostra, nas questões iniciais de autoperceção da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, obteve bom resultado. No entanto, nos domínios das relações sociais e bem-estar psicológico, mais de 1/3 apresenta resultados pouco satisfatórios. Esta entidade tem um impacto considerável no bem-estar de jovens mulheres e nas suas relações, visto estarem a consolidar as suas identidades adultas e a iniciar as primeiras uniões românticas.⁶

Função Sexual

Existe pouca informação estatisticamente relevante sobre a função sexual das mulheres com vaginismo. A funcionalidade pode estar inalterada, caso a penetração não seja antecipada ou tentada, ou estar significativamente comprometida.⁶³ Deve ser avaliada a atividade sexual sem penetração, de forma a evitar resultados falsamente patológicos.⁴

As doentes com dor sexual tendem a apresentar scores mais baixos de função sexual, quando comparadas com controlos ou mulheres com outras disfunções sexuais.^{28,29} Nesta amostra, mais de metade das participantes, atualmente, apresenta critérios para disfunção sexual clinicamente relevante, apesar de já terem realizado tratamento para o vaginismo. Isto pode traduzir a presença

de comorbilidade com perturbações sexuais que perduraram, presença de dor ou ansiedade residual ou recidiva da patologia.

Alguns estudos mostraram que as mulheres com vaginismo apresentam perturbação do desejo e excitação,^{21,22,29,35} satisfação,^{20,25,28,29} orgasmo,^{21,22,28,35} e lubrificação^{28,35} quando comparadas com grupos normativos.⁶³ Apesar de manifestarem respostas excitatórias objetivas, reportam menos excitação subjetiva,⁶³ o que pode ser influenciado pelas cognições e afetos negativos no processamento da informação sexual.^{20,47,63} Nesta amostra, foram identificadas dificuldades relevantes no FSFI nos domínios da dor em 32% das participantes, do desejo em 25% e do orgasmo em 17,9%. Isto parece indicar que o impacto do vaginismo não é limitado à interferência com a penetração vaginal.

As doentes com critérios para disfunção sexual, na atualidade, tiveram uma redução da dor significativamente inferior, em termos absolutos e relativos. Esta diferença também é encontrada para a ansiedade em termos relativos, apesar de ser menos evidente. Isto pode traduzir uma relação multivariável. A presença de disfunção sexual pode influenciar de forma negativa a redução da dor e o *outcome* terapêutico; por outro lado, a ausência de redução considerável da dor, pode dar origem ou levar à manutenção da disfunção sexual, comprometendo os outros domínios da esfera sexual. À medida que o problema persiste, a qualidade de vida sexual e a satisfação marital parecem diminuir.¹⁵

Função Reprodutiva

O vaginismo parece influenciar de forma negativa o prognóstico reprodutivo e obstétrico.³⁰ A maioria das doentes é nulípara, 1 em cada 5 por condicionamento do vaginismo. É significativamente mais frequente uma mulher com vaginismo ser nulípara¹⁵ e continuar nulípara.⁴⁸ Infertilidade é, por isso, um problema,¹⁹ sendo central a intolerância à penetração,¹⁵ mas também devido a cognições mal adaptativas, como medo do parto, que pode traduzir o medo da dor ou do trauma vulvovaginal.

As mulheres férteis são mais frequentemente primíparas¹⁹ e podem ter um risco aumentado de falhas na vigilância da gravidez, por vergonha e receio das suas necessidades não serem respeitadas.⁵¹ Esta população requer uma atenção especial, devendo ser assegurada a realização de exame pélvico cuidadoso, analgesia adequada e ambiente tranquilizador.¹⁹ Das 3 mulheres férteis identificadas, 2 são primíparas e todas afirmaram ter sido realizado um acompanhamento obstétrico de acordo com o esperado.

O vaginismo parece ser um fator de risco independente para parto por cesariana, mesmo após a consideração de possíveis confundidores, como apresentação patológica, stress fetal e história

prévia de cesariana.^{19,48} Verifica-se um risco significativo para cesariana eletiva, a pedido materno e de emergência.⁴⁸ Isto parece ser explicado pela incapacidade em avaliar o estadio obstétrico ou induzir do trabalho de parto.^{19,48} Nesta amostra, a concepção foi espontânea com penetração. Os partos realizados foram 2 cesarianas eletivas e 1 de emergência e 1 parto vaginal. A amostra é muito reduzida e não permite interpretações, mas vai de encontro ao descrito na literatura. As doentes negaram a realização de cesariana a pedido materno. Na literatura, a razão mais comum deste pedido é o medo do parto.^{8,14,48} Receios de recidiva do vaginismo, quer da doente, quer do obstetra podem existir,¹ apesar de não haver evidência empírica de uma relação com o parto vaginal.

As mulheres com vaginismo com parto vaginal parecem ter maior risco de sofrer lacerações perineais de 3º e 4º grau (classificação de Sultan),^{8,48} provavelmente devido à incapacidade de relaxamento pélvico adequado.¹² Outros estudos não encontraram diferenças significativas.¹⁹ A potencialidade dos sintomas de vaginismo melhorarem após parto vaginal, não é suportada por evidência.¹² Técnicas de parto fisiológico podem minimizar o risco de trauma pélvico, como massagem do períneo, liberdade de posicionamento e técnicas de respiração.¹² As mulheres com disfunção do pavimento pélvico têm risco adicional para experienciarem dor no pós-parto¹² a longo prazo.⁴⁸ Na doente com parto vaginal e episiotomia, verificou-se um agravamento dos sintomas no pós parto, nomeadamente da dor vulvovaginal.

Na abordagem à infertilidade, o ideal será o tratamento do vaginismo, de forma a evitar procedimentos invasivos, traumáticos e dispendiosos. Se isto não for possível, métodos alternativos de concepção, como ejaculação para o introito⁵⁵ ou auto-inseminação,^{8,12,48} podem ser considerados, bem como técnicas de procriação medicamente assistida. Na presença de vaginismo severo, a fertilização *in vitro* tem uma taxa cumulativa anual de concepção superior à da terapia cognitivo-comportamental.⁸

A evicção da realização de exames ginecológicos, que impossibilita a realização do rastreio do cancro do colo do útero pode ser uma questão. Quase metade das doentes com critérios para fazer rastreio, não o realizou. O HPV transmite-se por contacto sexual por penetração, mas também por contacto genital ou por via oral. Pode comprometer a saúde reprodutiva, com deteção de lesões em estádios mais avançados, piorando o seu prognóstico. A impossibilidade de utilização de espéculo poderá ser contornada com a realização de teste de deteção de HPV com *brush* vaginal.

Abordagem Terapêutica

A abordagem ideal requer uma estratégia multidisciplinar integrada e concomitante que se debruce nos potenciais contribuidores para a dor.^{6,11,17,27} As recomendações disponíveis baseiam-se em opiniões de peritos e não em evidência por ensaios clínicos randomizados.⁶⁴

Uma anamnese detalhada, com antecedentes médicos e cirúrgicos e história ginecológica, sexual, psiquiátrica e farmacológica é fundamental, com uma caracterização completa da dor e seu impacto na função sexual e relacional⁶ e qualidade de vida.¹⁴

O exame ginecológico é importante e deve ser realizado por um ginecologista especialista em dor genital. Contudo, o seu *timing* deve ser ponderado, pois pode ser uma experiência dolorosa e traumática.⁶⁵ Avaliação da musculatura pélvica pode ser feita pelo ginecologista ou fisioterapeuta, apesar do último ser mais experiente.² Na avaliação psicológica, os fatores cognitivos, afetivos e comportamentais relevantes para a experiência da dor devem ser explorados.

A abordagem terapêutica deve ser iniciada por psicoeducação.^{6,17} Terapia cognitivo-comportamental, terapia sexual com uso de dilatadores e fisioterapia do pavimento pélvico são modalidades a considerar. A terapia cognitivo-comportamental pode incidir sobre as cognições negativas e comportamentos mal adaptativos, fornecendo estratégias de *coping*. A terapia sexual é recomendada em todos os casos.⁶ Desenvolver o foco sensorial com exercícios sensuais e só depois sexuais, desviando o foco da penetração, pode desconstruir a associação entre intimidade e antecipação da dor, reduzindo a ansiedade.¹⁷ A exposição à penetração¹⁷ e dessensibilização vaginal são realizadas através de exercícios com dilatadores de diâmetro progressivamente maior.⁶⁵ A fisioterapia do pavimento pélvico pode ser associada, permitindo diminuir a tensão muscular em repouso e aumentar o controlo muscular. Alterações no medo da penetração e comportamentos de evicção são os principais fatores que favorecem o sucesso do tratamento.¹³

Na presença de uma barreira mecânica dolorosa impeditiva da penetração, com densidade cartilágnea ou com a região posterior superior a 5mm, pode ser equacionada uma himenectomia.⁴⁵ Esta parece ser das únicas indicações para abordagem cirúrgica, que deve ser sempre associada a terapia sexual. O vaginismo não é um problema cirúrgico¹⁴ e intervenções desnecessárias não aliviam os sintomas, podendo até ser prejudiciais.⁴⁵

A toxina botulínica pode ser usada em casos refratários, em associação a terapia sexual.¹⁴ Outras estratégias em investigação são bloqueio sensitivo do eretor da espinha sacral⁶⁶ ou radiofrequência pulsada do nervo pudendo.⁶⁷

Tradicionalmente, existe a ideia de que o vaginismo é uma entidade fácil de tratar, mas estudos randomizados não encontram esta realidade.¹³ Avaliar o *outcome* terapêutico exclusivamente pela capacidade de penetração vaginal, aumenta a probabilidade de insucesso, pois foca-se na performance, desvalorizando a dor, a experiência e satisfação sexual e o bem-estar.^{13,62,64} O tratamento precoce é recomendado de forma a evitar progressão para cronicidade, comorbilidade psiquiátrica e disfunção sexual secundária no casal.^{6,61} A prevenção e tratamento da depressão e

ansiedade não devem ser ignorados.^{15,57} Um objetivo terapêutico realista deve ser estabelecido e seguimento após o tratamento, durante 6 a 12 meses, é essencial.^{10,14} Alguns desafios podem permanecer, como ansiedade residual, evicção, disfunção sexual no casal e problemas relacionais.

Existem alguns obstáculos à implementação de uma estratégia multidisciplinar. São poucos os profissionais especializados em dor genitopélvica, equipas requerem investimento e barreiras geográficas podem comprometer o acesso.⁶ A disponibilidade de cuidados especializados é limitada, pelo que a maioria das doentes não recebe o tratamento ideal.²⁴ Modalidades à distância podem aumentar o acesso e diminuir o custo⁶⁸ e apesar de uma estratégia combinada poder ser superior, intervenções singulares produzem resultados positivos.⁶

A maioria das nossas doentes realizou terapia sexual com dilatadores, orientada por uma ginecologista. Anteriormente, as doentes tinham acompanhamento por psicologia, mas essa modalidade deixou de estar disponível. As doentes que realizaram psicoterapia ou fisioterapia do pavimento pélvico, viram-se obrigadas a recorrer a serviços de saúde privados. Uma abordagem multidisciplinar, com acompanhamento por psicologia e psiquiatria, está a ser desenvolvida e prevê-se que esteja disponível num futuro próximo no CMIN-CHUPorto.

Avaliando os *outcomes* terapêuticos tendo por base a variação da dor e ansiedade verifica-se que o tratamento realizado foi eficaz, apesar de na maioria dos casos não ter sido multidisciplinar. Não foram encontradas diferenças significativas entre modalidades terapêuticas. Verifica-se que a terapia sexual com dilatadores vaginais, como estratégia singular, é eficaz.

Este trabalho tem algumas limitações, nomeadamente uma amostra reduzida. Isto é expectável, visto que é uma amostra clínica de uma patologia relacionada com sexualidade, envolta em vergonha e tabu. A adesão e o recurso aos cuidados de saúde podem estar comprometidos, levando a viés de seleção. Como não apresenta controlos randomizados, não nos permite estabelecer relações de causalidade.

O diagnóstico foi realizado por uma única ginecologista, o que limita o viés de observação. Foram aplicados questionários validados para a população portuguesa na avaliação da função sexual e qualidade de vida e é um dos poucos estudos que avalia a qualidade de vida destas doentes.

Sugere-se que se realizem estudos com maior tempo de seguimento, com controlos adequados e um maior número de participantes. Avaliações da função sexual e qualidade de vida ao diagnóstico e após o tratamento poderiam esclarecer o seu impacto.

Conclusão

O vaginismo é uma doença que se enquadra no modelo biopsicossocial, pelo que a modulação central da dor, dinâmica medo-avitação e cognições negativas, como catastrofismo e hipervigilância devem ser tidas em conta na sua abordagem. Valores conservadores e comorbilidade psiquiátrica, como depressão e ansiedade podem aumentar a vulnerabilidade para esta entidade.

Apesar de ser recomendada uma abordagem multidisciplinar integrada, modalidades terapêuticas singulares, como a terapia sexual com dilatadores, também apresentam resultados positivos, como observado pela redução significativa da dor e ansiedade.

O vaginismo parece ter impacto negativo na qualidade de vida a nível relacional e psicológico. As repercussões na função sexual são relevantes, com mais de metade das doentes a apresentar critério de disfunção sexual, mesmo após tratamento. Verificou-se que estas doentes apresentam piores resultados na redução da dor. Os domínios sexuais mais afetados são a dor, o desejo e o orgasmo. A infertilidade é uma preocupação, bem como o prognóstico obstétrico, podendo aumentar a taxa de cesarianas, lesões perineais e dor a longo prazo.

Considerando o seu impacto substancial, o seu reconhecimento e tratamento precoce são essenciais. Deve ser criado um currículo adequado sobre saúde sexual que permita capacitar e alertar os profissionais de saúde para o rastreio de disfunções sexuais nas consultas de saúde da mulher. Como estratégia de prevenção, é importante o investimento em educação sexual com conceptualizações positivas, evitando a normalização da dor.

Apêndice

Tabela I. Grau de Vaginismo pela classificação de Lamont modificada¹⁰

Grau 1	Contração do pavimento pélvico que pode ser aliviada; doente consegue relaxar de forma a permitir o exame ginecológico, a pedido do examinador
Grau 2	Contração generalizado do pavimento pélvico, que não consegue ser aliviada; doente não consegue relaxar de forma a permitir examinação
Grau 3	A hipertonicidade pélvica é de tal forma severa, que a doente eleva ou move a anca de forma a evitar o exame ginecológico
Grau 4	A doente evita o exame, elevando ou movendo a anca, chegando-se para trás na marquesa e realizando adução das coxas
Grau 5	Para além do supracitado, apresenta reações viscerais (tremores, ansiedade extrema, choro, gritos, hipersudorese, palpitações, náuseas e vômitos e síncope) às tentativas de examinação; insiste em sedação ou anestesia antes de ser examinada

Tabela II. Características sociodemográficas

		N (%) / Md (IIQ)
Idade média		28,2 (6,5)
Escolaridade	Ensino Básico 3ºciclo	1 (3,2)
	Ensino Secundário	11 (35,5)
	Licenciatura	9 (29)
	Mestrado	10 (32,3)
Estado Civil	Casada ou União de Facto	11 (35,5)
	Solteira com Relação Conjugal	14 (45,2)
	Solteira sem Relação Conjugal	6 (19,4)
Duração da Relação Conjugal em anos		7 (3 - 9)
Área de Profissão	Saúde	7 (22,6)
	Ciências Físicas, Matemática e Engenharia	3 (9,7)
	Finanças, Contabilidade, Organização Administrativa	3 (9,7)
	Assuntos Jurídicos, Sociais, Artísticos e Culturais	7 (22,6)
	Operária Fabril	1 (3,2)
	Estudante	8 (25,8)
	Desempregada	2 (6,5)

Tabela III. Caracterização clínica do vaginismo e história ginecológica

		N (%) / Md (IIQ)
Classificação	Vaginismo Primário	26 (83,9)
Grau de vaginismo	Grau 1	3 (9,7)
	Grau 2	5 (16,1)
	Grau 3	8 (25,8)
	Grau 4	11 (35,5)
	Grau 5	4 (12,4)
Caracterização da Dor	Bater contra uma parede ou em rasgão	19 (61,3)
	Ardor, queimor, lâminas	6 (19,4)
	Ambas	6 (19,4)
Demora na procura de cuidados saúde (anos)		3 (1-5)
Tratamento	Dilatadores	17 (54,8)
	Multidisciplinar	8 (25,8)
	Cirurgia	4 (12,9)
	Sem tratamento	2 (6,5)
Duração do tratamento (meses)		6 (3,8-10,0)
Idade média da menarca		12,1 (1,3)
Dismenorreia	Dismenorreia controlada	18 (58,1)
	Dismenorreia não controlada	6 (19,4)
	Sem dismenorreia	7 (22,6)
Uso de tampões prévio ao tratamento	Não	22 (71)
Realização rastreio cancro do colo útero prévio ao tratamento	Não	11 (44)
Fertilidade	Nulípara por opção pessoal	20 (64,5)
	Nulípara por condicionamento do vaginismo	7 (22,6)
	Nulípara por infertilidade primária	1 (3,2)
	Primípara	2 (6,5)
	Multípara	1 (3,2)
IMC (kg/m²)		21,0 (19,6-24,4)
	Baixo Peso	4 (12,9)
	Normal	21 (67,7)
	Excesso de Peso	6 (19,4)
	Obesidade	0

Tabela IV. Demora da procura de cuidados de saúde e duração do tratamento no vaginismo primário e secundário

	Primário	Secundário	
	Md (IIQ)	Md (IIQ)	p value
Demora na procura de cuidados de saúde (anos)	4,0 (1,7-5,2)	0,5 (0,0-2,5)	0,017
Duração do tratamento (meses)	6,0 (3,7-7,7)	15,0 (3,0-33,0)	0,312

Tabela V. Dor e Ansiedade antes do tratamento e atualmente e suas variações absolutas e relativas

		Antes do tratamento	Atual	Diferença Absoluta		Diferença Relativa	
		N (%) /Md (IIQ)		Md (IIQ)	p value	Md (IIQ)	p value
Dor	Intensidade	9,0 (8-10)	4,0 (1-6)	5,0 (4-7)	<0,001	60 (40-90)	<0,001
	Sem dor	0	6 (22,2)				
	Ligeira	0	4 (14,8)				
	Moderada	0	9 (33,3)				
	Severa	14 (45,2)	7 (25,9)				
	Máxima	17 (54,8)	1 (3,7)				
Ansiedade	Intensidade	7,0 (5-9)	3,0 (0-5)	4,0 (1-5)	0,045	57,1 (38,7-100)	0,006
	Sem ansiedade	2 (6,5)	9 (33,3)				
	Ligeira	1 (3,2)	3 (11,1)				
	Moderada	7 (22,6)	9 (33,3)				
	Intensa	13 (41,9)	4 (14,8)				
	Máxima	8 (25,8)	2 (7,4)				

Considerando um valor estatisticamente significativo de variação da diferença absoluta superior a 2 e da diferença relativa superior a 30% segundo Rowbotha⁴⁰

Tabela VI. Qualidade de Vida

Qualidade de Vida	M	IIQ
Percepção de Qualidade de Vida	80,0	80,0-80,0
Satisfação com a Saúde	80,0	60,0-80,0
Domínio Físico	75,0	63,0-86,3
Domínio Psicológico	66,0	50,0-75,0
Domínio Relações Sociais	62,5	50,0-75,0
Domínio Ambiente	69,0	64,5-75,0

Tabela VII. Função Sexual (FSFI)

	Md/ N (%)	IIQ
Desejo	3,6	2,5-4,6
Excitação	4,5	2,8-5,4
Lubrificação	4,9	3,1-6
Orgasmo	4,6	1,7-5,2
Satisfação	4,4	2,9-5,2
Dor	2,8	0,6-5,1
Total	23,7	17,5-29,4
Risco para Disfunção Sexual (FSFI total <26,55)	16 (57,1)	

Tabela VIII. Variação da dor e ansiedade nas mulheres com critérios para disfunção sexual na atualidade

			Disfunção Sexual	Sem Disfunção	p value
Diferença da Dor	Absoluta		5,0 (2,5-6)	7,0 (5,0-8)	0,033
	Relativa		55,6 (27,5-71,7)	88,9 (66,2-100)	0,004
Diferença da Ansiedade	Absoluta		3,0 (1,0-5,5)	5,0 (4,0-6,5)	0,118
	Relativa		44,4 (25,9-87,5)	100 (53,6-100)	0,043

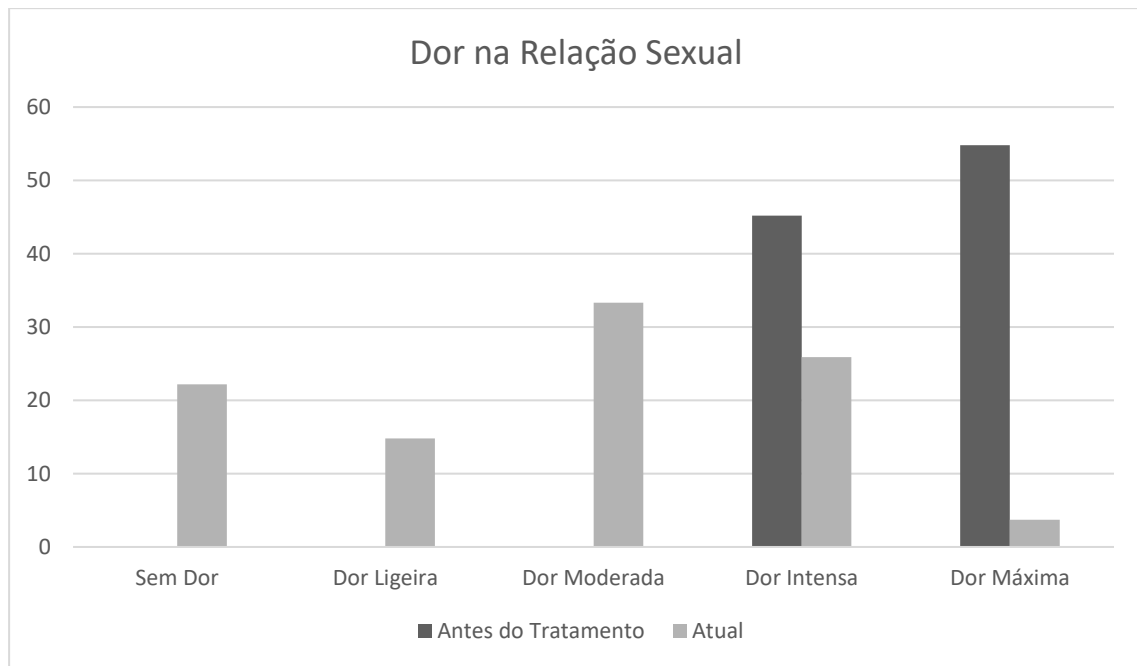


Fig. 1. Dor na Relação Sexual com penetração vaginal antes do tratamento e atualmente

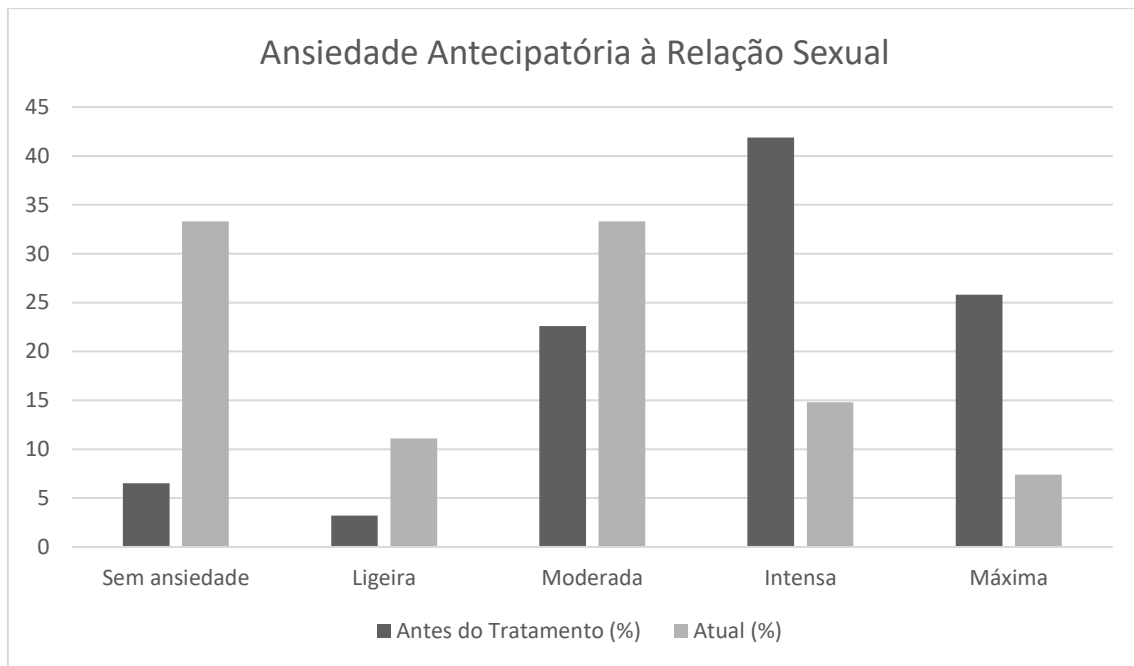


Fig. 2. Ansiedade Antecipatória à Relação Sexual com penetração vaginal antes do tratamento e atualmente

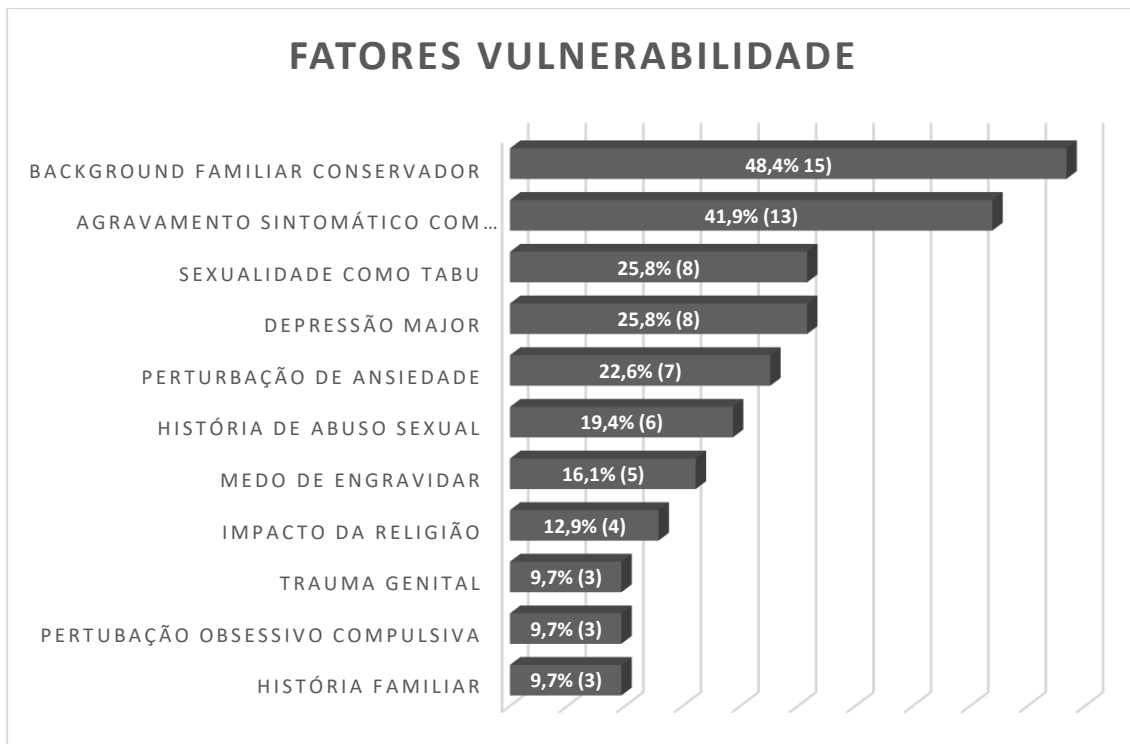


Fig. 3. Prevalência dos Fatores de Vulnerabilidade

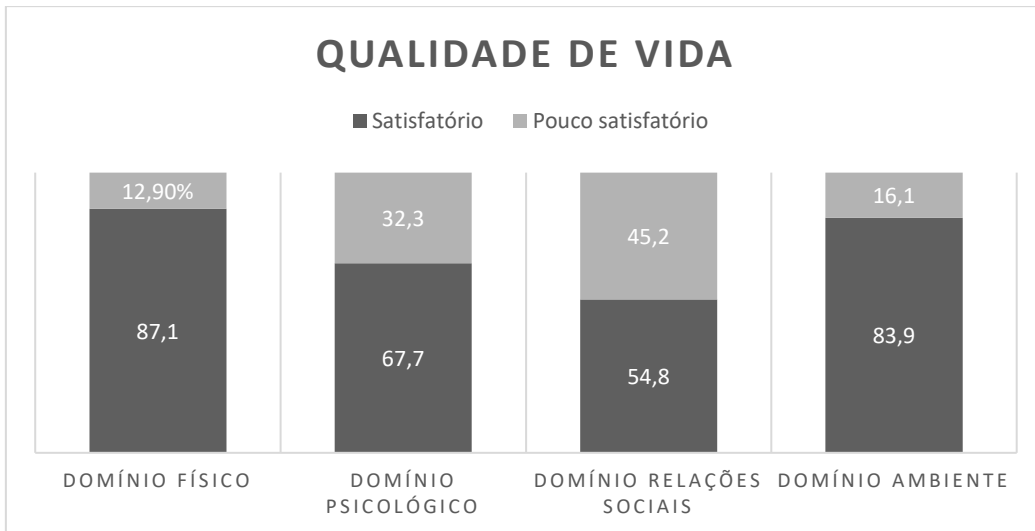


Fig. 4. Qualidade de Vida

Questionário 1. Qualidade de vida - WHOQOL BREF PT

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas últimas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha uma cruz na opção que lhe parece que dá a melhor resposta.

1. Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
2. Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3. Em que medida as suas dores físicas a impedem de fazer o que precisa de fazer?					
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
5. Até que ponto gosta da sua vida?					
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
7. Até que ponto se consegue concentrar?					
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?					

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?					
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?					
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					

14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?					
---	--	--	--	--	--

15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se deslocar por si próprio)?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
---	----------	----	----------------	-----	-----------

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeita em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Até que ponto está satisfeita com o seu sono?					
17. Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?					
18. E com a sua capacidade de trabalho?					
19. Até que ponto está satisfeita consigo própria?					
20. E com as suas relações pessoais?					
21. Até que ponto está satisfeita com as suas relações sexuais?					
22. Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos amigos?					
23. Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?					
24. Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?					
25. Até que ponto está satisfeita com os transportes que utiliza?					

26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como, tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
---	-------	--------------	---------------	----------------	--------

Questionário 2. *Female Sexual Function Index*

(Rosen et al, 2000; tradução e adaptação de P. Nobre, 2001)

INSTRUÇÕES:

Estas questões perguntam sobre os seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas. As suas respostas serão mantidas completamente confidenciais. Ao responder a estas questões as seguintes definições aplicam-se:

- Atividade sexual pode incluir carícias, preliminares, masturbação e relação sexual.
- Relação sexual é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina.
- Estimulação sexual inclui situações como preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação), ou fantasia sexual.
- Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva à iniciativa sexual de um parceiro, pensar ou fantasiar acerca de ter sexo.
- Excitação sexual é um sentimento que inclui aspetos físicos e mentais. Pode incluir sentimentos de calor ou comichão nos genitais, lubrificação ("ficar molhada"), ou contrações musculares

ASSINALE APENAS UMA REPOSTA POR QUESTÃO

1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5. Muito elevado
- 4. Elevado
- 3. Moderado
- 2. Baixo
- 1. Muito baixo ou nenhum

3. Nas últimas 4 semanas, com que FREQUÊNCIA se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu NÍVEL de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual.

- Não tive atividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua CONFIANÇA em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa ou nenhuma

6. Nas últimas 4 semanas, com que FREQUÊNCIA se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que FREQUÊNCIA ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou na relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, qual a DIFICULDADE que teve em ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual ou na relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência MANTEVE a sua lubrificação até ao fim da atividade sexual ou na relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual a DIFICULDADE que teve em manter a sua lubrificação até ao fim da atividade sexual ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil

- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou a relação sexual, com que FREQUÊNCIA atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou a relação sexual, qual a DIFICULDADE que teve em atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de SATISFAÇÃO com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual.

- Não tive atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Iguamente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Iguamente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Iguamente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita

- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor DURANTE a penetração vaginal?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor APÓS a penetração vaginal?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu GRAU de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

Bibliografia

1. Kiremitli S, Kiremitli T. Examination of treatment duration, treatment success and obstetric results according to the vaginismus grades. *Sex Med.* 2021;9(5):100407. doi: 10.1016/j.esxm.2021.100407.
2. Reissing ED, Borg C, Spoelstra SK, et al. "Throwing the baby out with the bathwater": The demise of vaginismus in favor of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Arch Sex Behav.* 2014;43(7):1209-1213. doi: 10.1007/s10508-014-0322-2.
3. Association. AP. Sexual dysfunctions. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (dsm-5)*. Washington, DC2013.
4. Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, et al. Psychobiological correlates of vaginismus: An exploratory analysis. *J Sex Med.* 2017;14(11):1392-1402. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.09.015.
5. Binik YM. The dsm diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2010;39(2):278-291. doi: 10.1007/s10508-009-9560-0.
6. Meana M, Binik YM. The biopsychosocial puzzle of painful sex. *Annu Rev Clin Psychol.* 2022. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-072720-014549.
7. 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. doi: 10.1007/s10508-014-0430-z.
8. Wang YW, Lin PY, Lin YC, Lan KC. Efficacy of in vitro fertilization in treating infertility caused by severe vaginismus a case series. *Journal of Reproductive Medicine.* 2019;64(6):432-438. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85078316404&partnerID=40&md5=e741b083291546967ed885484335111d>.
9. Pacik PT, Babb CR, Polio A, Nelson CE, Goekeler CE, Holmes LN. Case series: Redefining severe grade 5 vaginismus. *Sexual medicine.* 2019;7(4):489-497. doi: 10.1016/j.esxm.2019.07.006.
10. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: A multimodal approach. *International Urogynecology Journal.* 2014;25(12):1613-1620. doi: 10.1007/s00192-014-2421-y.
11. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12(12):Cd001760. doi: 10.1002/14651858.CD001760.pub2.
12. Rosenbaum TY, Padoa A. Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders (cme). *The Journal of Sexual Medicine.* 2012;9(7):1726-1735. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02811.x>.
13. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond).* 2010;6(5):705-719. doi: 10.2217/whe.10.46.
14. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus treatment: Clinical trials follow up 241 patients. *Sex Med.* 2017;5(2):e114-e123. doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.002.
15. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. The role of personal factors in quality of life among iranian women with vaginismus: A path analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):166. doi: 10.1186/s12955-021-01799-5.
16. Pazmany E, Ly HG, Aerts L, et al. Brain responses to vestibular pain and its anticipation in women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuroimage Clin.* 2017;16:477-490. doi: 10.1016/j.nicl.2017.07.017.
17. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female genito-pelvic pain/penetration disorder: Review of the related factors and overall approach. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(12):787-793. doi: 10.1055/s-0038-1675805.
18. Yüksel Ö, Gıca Ş, Yalçın M, Güleç MY, Güleç H. Investigation of auditory p50 sensory gating with sexual visual stimuli in patients with vaginismus. *Neurophysiol Clin.* 2021;51(3):251-257. doi: 10.1016/j.neucli.2021.03.004.

19. Goldsmith T, Levy A, Sheiner E. Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2009;22(10):863-866. doi: 10.1080/14767050902994598.
20. Borg C, de Jong PJ, Weijmar Schultz W. Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *J Sex Med*. 2011;8(1):223-231. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x.
21. Tetik S, Unlubilgin E, Kayikcioglu F, Bolat Meric N, Boran N, Moraloglu Tekin O. The role of anxiety and childhood trauma on vaginismus and its comorbidity with other female sexual dysfunctions. *International Journal of Sexual Health*. 2020;32(3):225-235. doi: 10.1080/19317611.2020.1791297.
22. Azim KA, Happel-Parkins A, Moses A, Haardoefer R. Exploring relationships between genito-pelvic pain/penetration disorder, sex guilt, and religiosity among college women in the u.S. *J Sex Med*. 2021;18(4):770-782. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.02.003.
23. Vasconcelos P, Oliveira C, Nobre P. Self-compassion, emotion regulation, and female sexual pain: A comparative exploratory analysis. *J Sex Med*. 2020;17(2):289-299. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.11.266.
24. Zarski AC, Berking M, Ebert DD. Efficacy of internet-based guided treatment for genito-pelvic pain/penetration disorder: Rationale, treatment protocol, and design of a randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 2017;8:260. doi: 10.3389/fpsy.2017.00260.
25. Tekin Ünal G, Şahmelikoğlu Onur Ö, Erten E. Comparison of vaginal penetration cognitions and metacognitions between women with genito-pelvic pain and penetration disorder and healthy controls. *J Sex Med*. 2020;17(5):964-974. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.01.015.
26. Ross V, Detterman C, Hallisey A. Myofascial pelvic pain: An overlooked and treatable cause of chronic pelvic pain. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(2):148-160. doi: 10.1111/jmwh.13224.
27. Uloko M, Rubin R. Managing female sexual pain. *Urol Clin North Am*. 2021;48(4):487-497. doi: 10.1016/j.ucl.2021.06.007.
28. Eserdag S, Sevinc T, Tarlacı S. Do women with vaginismus have a lower threshold of pain? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;258:189-192. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.12.059.
29. Unlubilgin E, Tetik S, Aksoy I, Yuksel D, Tekin OM. Relationship between adult separation anxiety and attachment styles and vaginismus. *J Sex Med*. 2021;18(10):1752-1758. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.07.005.
30. Tourrilhes E, Veluire M, Hervé D, Nohuz E. [obstetric outcome of women with primary vaginismus]. *Pan Afr Med J*. 2019;32:160. doi: 10.11604/pamj.2019.32.160.16083.
31. Saúde. DGd. A dor como 5º sinal vital - registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa Nº9/DGCG*. 2003.
32. Elkins G, Staniunas R, Rajab MH, Marcus J, Snyder T. Use of a numeric visual analog anxiety scale among patients undergoing colorectal surgery. *Clinical Nursing Research*. 2004;13(3):237-244. doi: 10.1177/1054773803262222.
33. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação portuguesa do índice de funcionamento sexual feminino (fsfi) / portuguese validation of the female sexual function index (fsfi). *Laboratório de Psicologia*. 2009;7. doi: 10.14417/lp.684.
34. 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. doi: 10.1080/00926230590475206.
35. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(2):169-180. doi: 10.1080/0092623x.2013.842195.
36. Carona C, Canavarro M, Pereira M, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (whoqol-bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006;27:41-49.

37. Carona C, Canavarro M, Pereira M, et al. Whoqol disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (whoqol-100 e whoqol-bref). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da organização mundial de saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.; 2010:171-190.
38. Silva PA, Soares SM, Santos JF, Silva LB. Cut-off point for whoqol-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(3):390-397. doi: 10.1590/s0034-8910.2014048004912.
39. Guedes H, Morgado M, Rodrigues M, et al. Allergic rhinitis characterization in community pharmacy customers: A cross-sectional study. *Int J Clin Pharm*. 2021;43(1):118-127. doi: 10.1007/s11096-020-01115-z.
40. Rowbotham MC. What is a 'clinically meaningful' reduction in pain? *PAIN*. 2001;94(2). https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2001/11000/What_is_a_clinically_meaningful_reduction_in.3.aspx.
41. Farrar JT, Portenoy RK, Berlin JA, Kinman JL, Strom BL. Defining the clinically important difference in pain outcome measures. *Pain*. 2000;88(3):287-294. doi: 10.1016/s0304-3959(00)00339-0.
42. Özen B, Özdemir Y, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:641-646. doi: 10.2147/ndt.S151920.
43. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. *Reprod Health*. 2021;18(1):210. doi: 10.1186/s12978-021-01260-2.
44. Çankaya S, Aslantaş BN. Determination of dyadic adjustment, marriage and sexual satisfaction as risk factors for women with lifelong vaginismus: A case control study. *Clin Nurs Res*. 2021:10547738211046136. doi: 10.1177/10547738211046136.
45. Eserdağ S, Anğın AD. Importance of gynecological assessment for the treatment of vaginismus as a predictive value. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021;47(7):2537-2543. doi: 10.1111/jog.14600.
46. Kooops TU, Wiessner C, Ehrental JC, Briken P. Assessing psychodynamic conflicts and level of personality functioning in women diagnosed with vaginismus and dyspareunia. *Front Psychol*. 2021;12:687369. doi: 10.3389/fpsyg.2021.687369.
47. Alizadeh A, Farnam F, Raisi F, Parsaeian M. Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: A population-based study of Iranian women. *J Sex Med*. 2019;16(7):1068-1077. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.04.019.
48. 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. doi: 10.1111/1471-0528.12946.
49. Asoglu M, Beginoğlu Ö, Demir M, et al. Retrospective analysis of vaginismus patients referred to psychiatric outpatient clinic in a university hospital. *Journal of Harran University Medical Faculty*. 2019;16:569-572. doi: 10.35440/hutfd.657932.
50. Oliveira C, Nobre PJ. Cognitive structures in women with sexual dysfunction: The role of early maladaptive schemas. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(7):1755-1763. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02737.x>.
51. 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. doi: 10.2147/prbm.S186950.
52. Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, dyspareunia and abuse history: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2021;18(9):1555-1570. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.07.004.
53. Watts G, Nettle D. The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 1):143-148. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01365.x.

54. Gungor Ugurlucan F, Yasa C, Ates Tikiz M, et al. Effect of the covid-19 pandemic and social distancing measures on the sexual functions of women treated for vaginismus (genitopelvic pain/penetration disorder). *Int Urogynecol J*. 2021;32(5):1265-1271. doi: 10.1007/s00192-020-04667-w.
55. Ramli M, Nora M, Roszaman R, Hatta S. Vaginismus and subfertility: Case reports on the association observed in clinical practice. *Malays Fam Physician*. 2012;7(1):24-27.
56. Hjorth S, Rytter D, Forman A, Kirkegaard H, Olsen J, Nohr EA. Menstrual pain and sexual health in mothers-a cross-sectional study in the danish national birth cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(12):2157-2166. doi: 10.1111/aogs.14272.
57. Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond)*. 2018;14:1745506518762664. doi: 10.1177/1745506518762664.
58. Aksu E, Beyazyüz E, Albayrak Y, et al. Altered affective temperaments in women with vaginismus. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021;23(1). doi: 10.4088/PCC.20m02705.
59. Audier-Bourgain M, Baubet T, Pham-Scottez A, Corcos M, Nicolas I. Eating disorders and sexuality: A quantitative study in a french medically assisted procreation course. *Brain Behav*. 2021;11(8):e02196. doi: 10.1002/brb3.2196.
60. Koops TU, Frith H. 'I don't live in my body somehow': Metaphorical talk in women's accounts of vaginismus and dyspareunia. *Cult Health Sex*. 2021:1-15. doi: 10.1080/13691058.2021.1992015.
61. Eserdag S, Kurban D, Yakut E, Mishra PC. Insights into the vaginismus treatment by cognitive behavioral therapies: Correlation with sexual dysfunction identified in male spouses of the patients. *J Family Reprod Health*. 2021;15(1):61-69. doi: 10.18502/jfrh.v15i1.6079.
62. Macey K, Gregory A, Nunns D, das Nair R. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: A qualitative interview study. *BMC Womens Health*. 2015;15:49. doi: 10.1186/s12905-015-0201-6.
63. Cherner RA, Reissing ED. A psychophysiological investigation of sexual arousal in women with lifelong vaginismus. *J Sex Med*. 2013;10(5):1291-1303. doi: 10.1111/jsm.12102.
64. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: A systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2018;15(12):1752-1764. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.10.003.
65. Lahaie MA, Binik YM. Dyspareunia and vaginismus. In: Schmidt RF, Willis WD, eds. *Encyclopedia of pain*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2007:673-675.
66. Topdagi Yilmaz EP, Oral Ahiskalioglu E, Ahiskalioglu A, Tulgar S, Aydin ME, Kumtepe Y. A novel multimodal treatment method and pilot feasibility study for vaginismus: Initial experience with the combination of sacral erector spinae plane block and progressive dilatation. *Cureus*. 2020;12(10):e10846. doi: 10.7759/cureus.10846.
67. Carvalho J, Agualusa LM, Moreira LMR, Costa J. [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. doi: 10.1016/j.bjan.2014.10.005.
68. Zarski AC, Berking M, Ebert DD. Efficacy of internet-based treatment for genito-pelvic pain/penetration disorder: Results of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2021;89(11):909-924. doi: 10.1037/ccp0000665.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

